

診 断 書

(町村交通災害共済用)

傷病者	住所 氏名																														
		生年 月日	明大昭平	年	月	日	性別	男・女																							
		(受傷日 年 月 日)																													
傷病名 及び態様																															
	令和 年 月 日	治癒	・	継続																											
骨折等による ギブス期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 (日間)																														
	固定具の種類 (シーネ ・ 副子 ・ バンド ・ その他 ())																														
自動車損害賠償 保障法施行令別 表第1級各号に 掲げる障害に該 当の有無	1. 両眼が失明したもの 2. そしゃく及び言語の機能を廃したもの 3. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 4. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 5. 両上肢をひじ関節以上で失ったもの 6. 両上肢の用を全廃したもの 7. 両下肢を膝関節以上で失ったもの 8. 両下肢の用を全廃したもの 9. 該当しない																														
	入院期間		自令和 年 月 日	日間	自令和 年 月 日		日間																								
通院期間		自令和 年 月 日	日間	至令和 年 月 日		日間	実治療日数		日																						
通院内訳 (治療を受けるため実際に通院した日を○で囲んでください。)																															
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記のとおり診断します。																															
令和 年 月 日																															
住 所 名 称 医師名																															
(印)																															