

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																						
傷 病 名 及 び 態 様	(受傷日 年 月 日)																														
	令和 年 月 日	治癒 転医	・	継続 中止																											
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 至 令和 年 月 日					自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日																									
	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日					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
上記のとおり診断します。																															
令和 年 月 日																															
住 所 名 称 医師名																															
<div>印</div>																															