

診 断 書

(施 術 証 明 書)

(山形県市町村交通災害共済用)

傷病者	住所																																				
	氏名	男・女	明 昭 令	大 平	年	月	日生(歳)																													
傷病名			治療実日数内訳 〔該当月を記入し実治療日を〕 ○で囲んでください																																		
装具装着	部 位											月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/														
	期 間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																							
既往症	(上記傷病と関係のあるもの) なし・あり()		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			
	入院治療 期 間	当 初	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	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	
二回目		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	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		
通院治療 期 間	当 初	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	(治療実日数)		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
	二回目	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	(治療実日数)		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
備 考			<input type="checkbox"/> 治 ゆ <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治 ゆ 見込み <input type="checkbox"/> 転 医 <input type="checkbox"/> 中 止																																		

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

所在地

名 称

医師名

柔道整復師名

