

診 断 書

(高知縣市町村総合事務組合用)

傷 病 者	住 所																																	
	氏 名		男 女	M T S H R	年	月	日生(歳)																											
傷病名及び態様 (交通事故にかかる治療のみで余病については除いて記入してください。)																																		
受 傷 年 月 日	年 月 日										初診年月日					年 月 日																		
受 傷 の 原 因																																		
入 院 治 療	自 年 月 日 至 年 月 日										入院日数 日間																							
通 院 治 療	自 年 月 日 至 年 月 日										内治療 実日数 日																							
最近12ヵ月の通院実治療日につき、下記に○印をつけてください。																																		
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			
治癒見込	年 月 日 ころ										完全治癒					年 月 日																		

上記のとおり診断しました。

年 月 日

所 在 地

病 院 名

医師氏名

電話番号

