

診 断 書

(施 術 証 明 書)

(山形縣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																						
												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	
装具装着	部 位										月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	
	期 間 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日										月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	
既往症	(上記傷病と関係のあるもの) なし・あり()											月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/
												月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/
入院治療 期 間	当 初		自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日								月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	
	二回目		自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日								月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	
通院治療 期 間	当 初		自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 (治療実日数 日間)								月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	
	二回目		自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 (治療実日数 日間)								月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	
備 考											令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治 ゆ <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治 ゆ <input type="checkbox"/> 転 医 見込み <input type="checkbox"/> 中 止												

上記のとおり診断いたします。

所在地

令和 年 月 日

名 称

※記名押印又は署名

医師名

柔道整復師名