

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	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
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 _____ 印

電話番号 _____