

診 断 書

受 傷 者	住 所																																
	氏 名	男・女	年 月 日生(才)																														
傷病名及び受傷部位・態様																																	
受 傷 日	年 月 日	初 診 日	年 月 日																														
受傷の原因(交通事故が原因であることを明記して下さい。)																																	
初診から現在までの主要症状並びに治療内容																																	
入院治療 日間																																	
年 月 日～ 年 月 日																																	
通院治療 日間(うち治療実日数 日)			当該傷病の治療歴の 有・無 (病院名:)																														
年 月 日～ 年 月 日			治療 年 月 日～ 年 月 日																														
実通院治療日(○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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	日間

上記のとおり診断(証明)いたします。

年 月 日

所在地

病院名

TEL

医師氏名

印

☆ この診断書は熊本県市町村総合事務組合用です。同内容のものであれば貴院の様式でも差支えありません。