

診 断 書

(大東市交通災害共済用)

傷 者	住所 大東市																														
	氏名										男 明・大					年 月 日生(才)					女 昭・平・令										
受傷年月日	平成・令和 年 月 日										受傷原因					交通事故による															
傷 病 名																															
(初診時の症状)																															
(現在の症状)																															
転院理由																															
入院治療	日間																				平成・令和 年 月 日										
平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日																					を要する を要した										
通院治療	治療実日数										日										治療継続中 治ゆ見込み 治ゆした 中止										
平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日																															を要する を要した
通院内訳(治療のため、通院した日を○で囲んでください。)																															
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
上記のとおり診断する。																															
令和 年 月 日																															
所在地															電話																
名 称																															
医師名															(印)																