

# 南信地域町村交通災害共済 診断書

傷 害 用

氏 名			男 女	明治 大正 令和 昭和 平成	年 月 日生 ( 才)																										
住 所	市 町 番地 郡 村																														
傷病名	①	継続 治癒 その他	受 傷 年月日	年 月 日																											
	②	継続 治癒 その他	傷害の 原 因	交通事故 (その他)																											
	③	継続 治癒 その他																													
	④	継続 治癒 その他	入 院	第1回	自 年 月 日 至 年 月 日																										
	⑤	継続 治癒 その他		第2回	自 年 月 日 至 年 月 日																										
症状の経過・治療内容			通 院	期 間	自 年 月 日 至 年 月 日																										
				うち 実治療日数 日																											
			骨折の 固 定	※ 骨折固定の場合のみ、記入してください。																											
				固定具	ギブス シーネ 固定帯 その他〔 〕																										
転 帰 継続 治癒 中止 転医 その他〔 〕 年 月 日			期 間	自 年 月 日 至 年 月 日																											
既往症 既存障害	なし あり 不詳	内容		傷害による 後遺障害	なし あり 未定																										
通院日	※ 日数表が不足するときは、別紙日数表を使用してください。																														
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

上記のとおり診断します。 所在地

(作成日) 名称

令和 年 月 日 医師名

