

診 断 書

施 術 証 明 書

所 沢 市 交 通 災 害 共 済 用

傷 病 者	住所		カルテ No.																														
	氏名		男 女	明・大・昭・平																													
傷病名および受傷部位																																	
初診から現在までの主要症状並びに治療内容																																	
受傷日 平成 年 月 日			受傷の原因																														
入院治療 日間			平成 年 月 日																														
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日			治 癒 治 癒 見 込 み																														
通院治療 日間(うち実日数 日)			継 続 転 医 中 止																														
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日																																	
実 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
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
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
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
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
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
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
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
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
後遺症内容(精神・神経・運動に障害を残す場合は詳しく書いてください。)																																	

お問合わせ 市民部交通安全課 TEL 04-2998-9140(直通)
 お願い 治療実日数は必ず記入ください。
 共済見舞金等支払いの資料としますので、なるべくこの用紙をご使用ください。

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日 所在地

病院名

医師・柔道整復師 氏 名

