

診 断 書

(施 術 証 明 書)

(新庄市交通災害共済用)

傷 病 者	住所 新 庄 市																
	氏名	男・女	M T S	年 月 日生(才)													
傷 病 名	治療実日数内訳 該当月を記入し実治療日数を 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				
入 院 治 療 期	当 初	自 至	年 月 日		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		
	二 回 目	自 至	年 月 日		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		
通 院 治 療 期	当 初	自 至	年 月 日		日 間	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/
			(治療実日数)				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			21	22			23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	二 回 目	自 至	年 月 日		日 間	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/
			(治療実日数)				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			21	22			23	24	25	26	27	28	29	30	31		
備 考	年 月 日																
	治 ゆ						治 療 中										
	治 ゆ 見 込 み						転 医										

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所在地

名称

医師名

柔道整復師名