

診 断 書

(施 術 証 明 書)

(山形県市町村交通災害共済用)

傷 病 者	住所																		
	氏名						男・女	明昭令 大平 年 月 日生(歳)											
傷 病 名							治療実日数内訳 (該当月を記入し実治療日を ○で囲んでください)												
							月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
装 具 装 着	部 位						月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
	期 間						月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	自 令和 年 月 日						月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	至 令和 年 月 日 日間						月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
							月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
							月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
既 往 症	(上記傷病と関係のあるもの)						月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
	なし・あり()						月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
入 院 治 療 期	当 初	自 令和 年 月 日 日間						月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		至 令和 年 月 日 日間						月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	二 回 目	自 令和 年 月 日 日間						月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		至 令和 年 月 日 日間						月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
								月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
								月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
通 院 治 療 期	当 初	自 令和 年 月 日 日間						月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		至 令和 年 月 日 日間						月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	(治療実日数 日間)						月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	二 回 目	自 令和 年 月 日 日間						月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		至 令和 年 月 日 日間						月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
		(治療実日数 日間)						月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
						月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
備 考							月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
							月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
							令和 年 月 日												
							☐ 治 ゆ						☐ 治療中						
							☐ 治 ゆ 見込み						☐ 転 医						
							☐ 中 止												

上記のとおり診断いたします。

所在地

令和 年 月 日 名 称

※記名押印又は署名

医師名

柔道整復師名