

(福島県市民交通災害共済組合用)

診 断 書

傷病者	住所		
	氏名	男 大正・昭和 女 平成・令和 年 月 日生 (才)	

傷病名

入院治療	日間										年 月 日 治 療 見 込
	自	年	月	日	・至	年	月	日			
通院治療	日間 (内実日数 日)										治 療
	自	年	月	日	・至	年	月	日			

通院の場合は必ず通院日に○印をつけてください。

通院日																													合計			
1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	
2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			
3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	
4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		
5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	
6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		
7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	
8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	
9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		
10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	
11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		
12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	

上記のとおり診断いたします。

所在地

年 月 日

名 称

医師名

印

記入例

※記入例も併せて提出し、診断書を作成してもらってください。

(福島県市民交通災害共済組合用)

診 断 書

傷病者	住所	須賀川市〇〇〇町1-2-3	
	氏名	男 大正・昭和 須賀川 太郎	50年3月10日生(41才) 女 平成・令和

傷病名

自転車で走行中転倒した事故により受傷。頸椎捻挫。

※交通事故によるものであるという旨の記載をお願いいたします。

↓こちらもご記入ください。

入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日												令和〇年 3月 16日 治 療 見 込	
	43日間 (内実日数 17日)												治 痊	
通院治療	自令和〇年 2月 1日・至令和〇年 3月 16日													

通院の場合は必ず通院日に〇印をつけてください。

通院日																														合計			
1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		
2月	①	②	3	4	⑤	6	7	8	⑨	10	11	⑫	13	14	⑯	16	17	⑯	19	20	21	⑫	23	24	⑯	26	⑯	28	29		12		
3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	5	
4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			
5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		
6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			
7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		
8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		
9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			
10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		
11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			
12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		

上記のとおり診断いたします。

所在地 須賀川市〇〇町 4-5-6

令和〇年 3月 16日

名 称 ××病院

医師名 松明 花子

