

(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 自 年 月 日・至 年 月 日																									年 月 日						
	日間 (内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日																									治 癒 見 込 治 癒						
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	須賀川 太郎															男 大正・昭和 50年3月10日生(41才) 女 平成・令和															
傷病名 自転車で行中転倒した事故により受傷。頸椎捻挫。 <u>※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。</u> <div>↓ こちらもご記入ください。</div>																																
入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日																				令和〇年 3月16日 治 癒 見 込 治 癒											
通院治療	43日間(内実日数 17日) 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○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	⑮	⑰	20	21	⑳	23	24	㉕	26	㉗	㉘	29			12
3月	①	2	3	4	⑤	6	7	8	⑨	⑩	11	12	13	14	15	⑮	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

