

交通災害共済専用診断書

傷病者	住所	〇〇〇市(町)		大手町9丁目11	番地																										
	氏名	交通花子	男 女	明大 昭平	〇年9月5日生(〇歳)																										
受傷年月日	令和〇年4月5日	初診年月日	令和〇年4月5日																												
受傷原因	交通事故による																														
傷病名及び部位	治療開始	治療終了	転帰																												
右足脛骨骨折	令和〇年4月5日	令和〇年5月28日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
頭部打撲	令和〇年4月5日	令和〇年5月12日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
頸椎捻挫	令和〇年4月5日	令和〇年6月30日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
	年 月 日	年 月 日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
	年 月 日	年 月 日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
症状経過	右足骨折治ゆ、頸椎に痛みを訴えられるが徐々に軽快																														
就労(就学)不能期間 (リハビリテーションのみの期間は除く)	令和〇年4月5日から	〇年4月20日まで	(16)日間																												
入院治療期間	年 月 日から	年 月 日まで	()日間を要した。																												
通院治療期間	令和〇年4月5日から	〇年6月30日まで	()日間を要した。																												
通院内訳(治療のため通院した日を○で囲んでください。)																															
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	31
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	31
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
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
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
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
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
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
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
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
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
上記のとおり診断証明する。 令和〇年 6月 30日																															
所在地			〇〇〇市安全町1-1																												
名称			市民厚生病院																												
電話番号			×××-×××-××××																												
医師名			山口太郎																												
					印																										

- 注 1 入院治療期間及び通院治療期間の記入漏れのないようお願いします。
2 治ゆ又は固定後のリハビリ(社会復帰のための機能回復訓練等)のみを目的としたものは対象外です。
3 訂正する場合は必ず訂正印を押印してください。