

# 診 断 書

住所

(医師) 氏名

(印)

電話 ( )

年 月 日作成 下記のとおり診断いたします。

傷病者	(住所)	治ゆ日	年 月 日																
	(氏名) (電話 )	通勤・通学・就業等が不可能と思われる日数 (又は安静を必要とする日数)																	
	(職業) 年 月 日生 歳 (男・女)	年 月 日から 年 月 日まで 日間																	
受傷日	年 月 日																		
傷病名および 状態様		実治療日数内訳 (当該月を記入し、 通院日に○印をつけてください)	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	
			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	
受傷の原因			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				
入院治療 期間	年 月 日から	後遺障害内容	(精神・神経・運動に永久に障害を残す場合は、その状況を特に詳細に書いてください)																
	年 月 日まで																		
通院治療 期間	年 月 日から	(うち、実治療日数	身体障害者障害程度等級表 級に準ずる。																
	年 月 日まで																		日間)