

診 断 書

※赤色文字は記入時によくある記入漏れなどについての説明です。

※医療機関名・接骨院名も記入下さい。

住所 ※医療機関名・接骨院名も記入下さい。

(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 日間 年 月 日まで	
受傷日	年 月 日		
傷病名および 状態	受傷日に誤りがないよう紹介状などをご確認願います。		
	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
		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		
受傷の原因	※「交通事故」であることの記述をお願いします。		
入院治療 期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	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) ↑ ← 左記の通院の実治療日数と上記の○の数が揃っているか確認願います。 身体障害者障害程度等級表 級に準ずる。
通院治療 期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	(うち、実治療日数 日間)		