

南信地域町村交通災害共済 診断書

傷害用

氏名			男女	大正 令和 昭和 平成	年	月	日生 (才)																							
住所	市 町 番地 郡 村																														
傷病名	①	継続 治癒 その他	受傷年月日	令和 年 月 日				患者申告 医師推定 不詳																							
	②	継続 治癒 その他	傷害の原因	交通事故 (その他)																											
	③	継続 治癒 その他																													
	④	継続 治癒 その他	入院	第1回	自	年	月	日																							
	⑤	継続 治癒 その他		至	年	月	日																								
症状の経過・治療内容			第2回	自	年	月	日																								
			至	年	月	日																									
			通院	期間	自	年	月	日																							
				至	年	月	日																								
			うち 実治療日数		日																										
骨折の固定			※ 骨折固定の場合のみ、記入してください。																												
			固定具	ギプス シーネ 固定帯 その他 ()																											
				本人着脱	可 不可																										
			期間	自	年	月	日																								
至	年	月		日																											
転帰	継続 治癒 中止 転医 その他 ()		年 月 日																												
既往症 既存障害	なし あり 不詳	内容	傷害による 後遺障害	なし あり 未定	内容																										
通院日	※ 日数表が不足するときは、別紙日数表を使用してください。																														
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

上記のとおり診断します。

所在地

(作成日)

名称

令和 年 月 日

医師名

㊞