

診 断 書

(町村交通災害共済用)

傷 病 名	住所																														
	氏名					生年 月日	明大 昭平	年	月	日	性別	男・女																			
傷 病 名 及 び 態 様	平成 年 月 日に 治癒しました。 治癒する見込みです。																														
骨折等による ギブス期間	自平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 (日間)																														
自動車損害賠償 保障法試行令 別表第1級各号 に掲げる障害に 該当の有無	1. 両目が失明したもの 2. そしゃく及び言語の機能を廃したもの 3. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し常に介護を要するもの 4. 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要するもの 5. 両上肢をひじ関節以上で失ったもの 6. 両上肢の用を全廃したもの 7. 両下肢を膝関節以上で失ったもの 8. 両下肢の用を全廃したもの 9. 該当したい																														
入 院 期 間	自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日					自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日																									
通 院 期 間	自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日					実治療日数 日																									
通院内訳 (治療を受けるため実際に通院した日を で囲んでください。)																															
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
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。																															
平成 年 月 日																															
住 所																															
名 称																															
医 師 名																															
															印																