

# 南信地域町村交通災害共済 診断書

傷害用

氏名			男女	明治 大正 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	年 月 日																											
	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																										
転帰 継続 治癒 中止 転医 その他 ( ) 年 月 日			※ 骨折固定の場合のみ、記入してください。																												
			骨折の固定	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																															
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

印