

(様式第4号)

診 断 書

山梨県市町村総合事務組合

| | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 住所 | | 氏名 | | 男 女 |
| | | 明昭 | 年 月 日生 | |
| | | 大平 | | |
| 受傷年月日 | 平成 年 月 日 | 初診年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 傷病名及び態様 (交通事故が原因であることも明記してください) | | | | |
| 入院治療 | | 日間 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 | | | | 治 癒 継 続 中 止 転 医 |
| 通院治療 | | 日間 (内実治療日数 日) | 年 月 日 | |
| 自平成 年 月 日 至平成 年 月 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 | |
| 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した。 平成 年 月 日 | | | | |
| | | 所 在 地 | | |
| | | 名 称 | 電話 () | |
| | | 医師の氏名 | | 印 |

(2枚複写式 市町村、組合へ各1部)