

様式第6号(第6条関係)

交通災害共済専用診断書

傷病者	住所		市(町)		番地																										
	氏名	男女	明大昭平	年 月 日生(歳)																										
受傷年月日	平成 年 月 日	初診年月日	平成 年 月 日																												
受傷原因	交通事故による																														
傷病名及び部位	治療開始	治療終了	転 帰																												
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
症状経過																															
後遺症の有無について(該当のものを○で囲んでください。) 有・無・未定																															
就労(就学)不能期間 (但しリハビリテーションのみの 期間は除く)	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで()日間																														
入院治療期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで()日間を要した。																														
通院治療期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで()日間を要した。																														
通院内訳(治療のため通院した日を○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
上記のとおり診断証明する。 平成 年 月 日																															
					所在地 名称 電話番号 医師名																										
					印																										

- 注 1 入院治療期間及び通院治療期間の記入漏れのないようお願いします。
 2 治ゆ又は固定後のリハビリ等社会復帰のための機能回復訓練を目的としたものは治療期間に入れないで
 ください。
 3 訂正する場合は必ず訂正印を押印願います。