

診 断 書																	
市町村交通災害用																	
傷病者	住所																
	氏名												性別	男・女			
	生年月日		年 月 日												歳		
病名及び態様																	
入院治療			日間を要しました。										年 月 日に 治療する見込みです。 治癒しました。				
			令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日												
通院治療			日間(内治療実日数 日)を要しました。														
			令和 年 月 日 ~		令和 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		
上記のとおり診断します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">                     年 月 日                 </div> <div style="text-align: right;">                     住所 _____                      名称 _____                      医師名 _____ (印)                 </div> </div>																	