

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
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。

【記入例】

様式第6号(第6条関係)

注:医師が記入する様式です

交通災害共済専用診断書

傷病者	住所	〇〇〇市(町)		大手町9丁目11	番地																										
	氏名	交通花子	男	明大平	51年9月5日生(34歳)																										
受傷年月日	平成23年4月5日	初診年月日	平成23年4月5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																												
右足頸骨骨折	平成23年4月5日	平成23年5月27日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
頭部打撲	平成23年4月5日	平成23年5月15日	治ゆ・治ゆ見込 継続・中止・転医																												
頸椎捻挫	平成23年4月5日	平成23年6月30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	右足骨折治ゆ、頸椎に痛みを訴えられるが徐々に軽快																														
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23年4月5日から平成23年4月20日まで(16)日間																														
入院治療	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで( )日間を要した。																														
通院治療実日数	平成23年4月5日から平成23年6月30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。)																															
4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
5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
6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
上記のとおり診断証明する。 平成23年6月30日																															
		所在地	〇〇〇市安全町1-1																												
		名称	市民厚生病院																												
		電話番号	08×-×××-××××																												
		医師名	山口太郎																												

- 注 1 入院治療期間及び通院期間の記入漏れのないようお願いいたします。  
 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。