

診 断 書

施 術 証 明 書

所 沢 市 交 通 災 害 共 済 用

傷 者 病	住所	カルテ No.
	氏名	男 女 大・昭・平・令 年 月 日生
傷病名および受傷部位		
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		
受傷日 平成 令和 年 月 日		受傷の原因
入院治療 日間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		平成 年 月 日 令和 治 ゆ 治 ゆ 見 込 み 継 続 転 医 中 止
通院治療 日間 (うち実日数 日) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
実 治 療 日 (○印をつけてください)		
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	計 日
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	計 日
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	計 日
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	計 日
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	計 日
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	計 日
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	計 日
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	計 日
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	計 日
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	計 日
後遺症内容(精神・神経・運動に障害を残す場合は詳しく書いてください。)		

お問合わせ 市民部 防犯交通安全課 TEL 04-2998-9140(直通)

治療実日数は必ず記入してください。共済見舞金等支払いの資料としますので、なるべくこの用紙をご使用ください。

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日 所在地

病院名

医師・柔道整復師 氏 名

