

交通災害共済診断書（長野県民交通災害共済組合）

住 所 市		氏 名		男 女	
		明 大 昭 平		年 月 日生	
受 傷 年月日 平成 年 月 日		初 診 年月日 平成 年 月 日			
傷病名					
経過および治療の内容					
入院治療 日			平成 年 月 日		
自平成 年 月 日 至平成 年 月 日			1. 治 療 継 続 中 2. 治 ゆ 見 込 3. 治 ゆ 4. 転 医 5. 中 止		
通院治療期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 実通院治療日数 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。）					計
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					
上記のとおり診断いたします。					
平成 年 月 日					
住 所					
医療機関名					
担当医師名					
㊟					