

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  明大昭平 年 月 日生	男 女
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 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	平成 年 月 日	1. 治療継続中 2. 治 癒 見 込 3. 治 癒 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		
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		印