

# 診 断 書

住 所			
傷病者 .....			
氏 名	男 女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 ( 歳 )
病名及び態様			
後遺障害の有無について			
			有り・無し・未定
入院治療	日間	を要す	平成 年 月 日 治療継続中 治癒・見込 治 癒
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日			
通院治療	日間 (内治療実日数 日)	を要す	
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日			
附添看護を	要 す 要せず	理 由	
期 間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日間	

上記の通り診断致します。

平成 年 月 日

所在地

名 称

医師氏名

印