

# 診断書

傷病者	住所				
	氏名	男	昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)	
		女	令和		
傷病名及び態様					
入院治療 日間					
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			を要す	令和 年 月 日	
通院治療 日間 (内 治療実日数 日)					
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			を要す	治 ゆ 見 込 治 ゆ	
付添看護を 要す 要せず			理由		
期間 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日					
後遺症内容 (精神・神経・運動に障害を残す場合は特に詳記願います。)					
(労働者災害補償保険 級別 級 号に該当)					

上記の通り診断いたします。

令和 年 月 日

所在地

名称

医師氏名

㊞

この診断書は自動車損害賠償責任保険の調査資料にいたしますのでなるべくこの用紙をご使用ください。  
なお、この用紙と同内容であれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。