

# 診 断 書

秋田県市町村総合事務組合提出用

傷病者	住 所																
	氏 名	男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)														
受傷年月日	年 月 日	受傷の原因															
傷病名及び受傷部位		-----															
		-----															
治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日																
(上記治療期間のうち受傷の原因に因る入院期間)																	
入院治療		年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日)															
実通院治療日	実治療日に○印をしてください。																
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
通 院 治 療 実 日 数														合 計	日		
転 帰	年 月 日 治癒・継続・中止・その他 ( )																
※ この診断書(様式第6号)は、通院及び入院を証明するものです。 後遺障害に該当する場合は、後遺障害診断書(様式第7号)を使用してください。																	

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日 所在地:

医療機関名:

医師氏名:

印

(医師本人の署名がある場合は、押印の必要はありません)