

診 断 書

カルテ番号

傷病者	住所
	氏名

男・女 明・大・昭・平 年 月 日生

傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)
	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 治ゆ見込
	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 治ゆ見込
	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 治ゆ見込
	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 治ゆ見込

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。

(注2) 当該交通事故による障害の治療上考慮しなければならぬ既往症がある場合は()内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

症状の経過・治療の内容および今後の見通し (手術のある場合は実施日をご記入下さい) (受傷日 年 月 日)

主たる検査所見

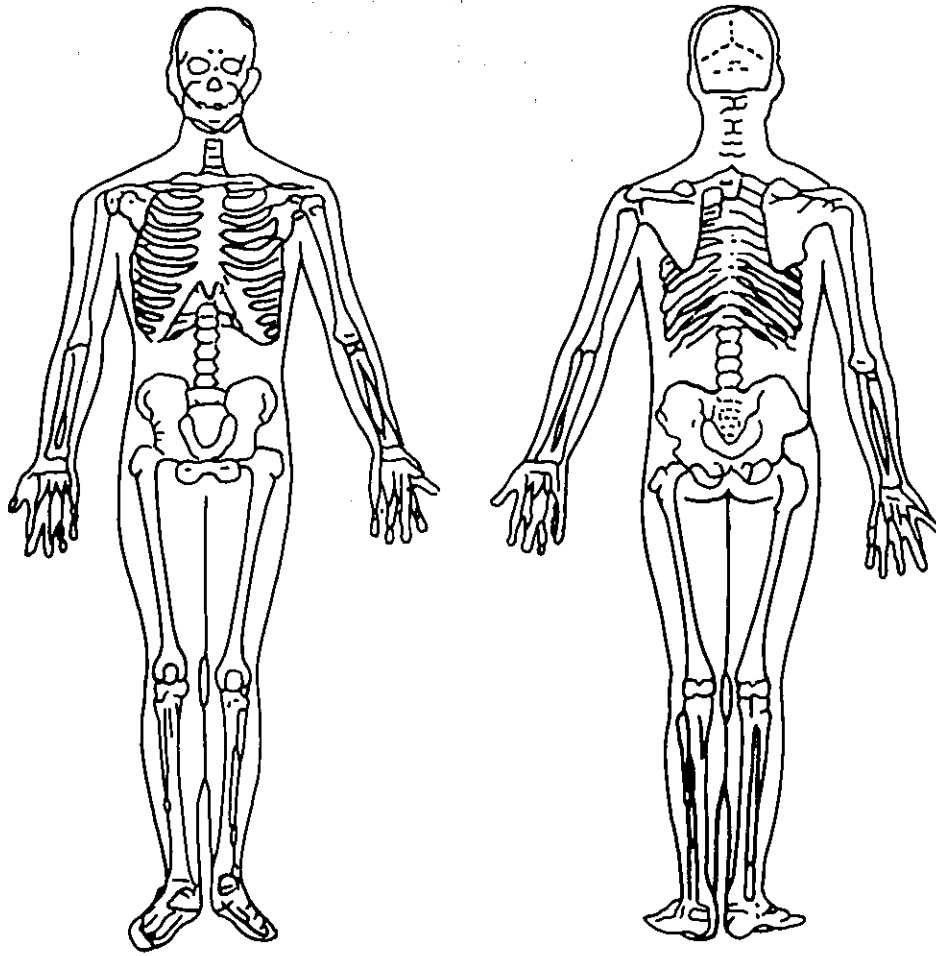
初診時の意識障害	なし・あり (程度) 継続期間 日 時間)
既往症および既存障害	なし・あり (注2) ()
後遺障害の有無	なし・あり・未定

入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	(診断日) 年 月 日 治ゆ継続中止 転中死
通院治療	日間 (内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日	
ギプス固定期間	固定 除去 固定具の種類 自 年 月 日・至 年 月 日 ()	
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日 理由	

(裏面も記入願います)

上記の通り診断致します。所在地 名称
(作成日) 平成 年 月 日 医師名

TEL. ()
㊞



(受傷部位を図示して下さい)

後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。
この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のもの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。