

診 断 書

住 所	
傷病者 -----	
氏 名	男 女
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
自 年 月 日 至 年 月 日	を要す
通院治療	日間 (内治療実日数 日)
自 年 月 日 至 年 月 日	を要す
附添看護を 要す 要せず	理 由
期 間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	

上記の通り診断致します。

年 月 日
 所 在 地
 名 称
 医師氏名

印