南信地域町村交通災害共済　診 断 書

傷 害 用

氏 名		男 女	大正 平成 昭和 令和　　年　　月　　日生（　　才）
住 所	市　　町 郡　　村　　番地		

傷病名	①	継続 治癒 その他	受傷年月日	令和　　年　　月　　日		患者申告
	②	継続 治癒 その他	傷害の原因	交通事故	（その他　　）	医師推定
	③	継続 治癒 その他				不詳
	④	継続 治癒 その他				
	⑤	継続 治癒 その他				

症状の経過・治療内容

転 帰　継続　治癒　中止　転医　その他〔　　〕
年　　月　　日

入 院	第1回	自	年　　月　　日
		至	年　　月　　日
	第2回	自	年　　月　　日
		至	年　　月　　日
通 院	期 間	自	年　　月　　日
		至	年　　月　　日
	うち 実治療日数		日

骨折の固定	※ 骨折固定の場合のみ、記入してください。		
	固定具	ギプス　シーネ　固定帯 その他〔　　〕	
	本人着脱	可　不可	
	期 間	自	年　　月　　日
		至	年　　月　　日

既往症 既存障害	なし あり 不詳	内 容	傷害による 後遺障害	なし あり 未定	内 容

通院日　※ 日数表が不足するときは、別紙日数表を使用してください。

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

上記のとおり診断します。

（作成日）
令和　　年　　月　　日

所在地

名 称

医師名　　㊞

南信地域町村交通災害共済診断書添付用　通院治療日数表

傷病者氏名	
受傷年月日	令和　　年　　月　　日

実通院日に〇印をつけてください。

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

通院治療した月日は、上記のとおりです。

令和　　年　　月　　日

医師名　　㊞