（様式第４号）

診　断　書（　施　術　証　明　書　）

山梨県市町村総合事務組合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | | 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　男  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　女  明・大・昭・平・令  年　　　 月　　　 日生 | |
| 受傷年月日　　　　　　　 年　　 月 　　日 | | 受診年月日　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 傷病名及び態様（交通事故が原因であることも明記してください。） | | | |
| 入院治療日数　 　　　日間  自　　　　　 　年　 　月　 　日　　 　至　　　　　　年　　月　　日 | | | 年 　月　 日  治　ゆ  継　続  中　止  転　医 |
| 通院治療日数　　　　 日間（内実治療日数　　　　　　　日）  自　　　　　　 年　 　月　 　日　　 　至　　　　　　年　　月　　日 | | |
| 通院内訳（治療を受けるため実際に通院した日を○で囲んでください） | | | |
| 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 | | |
| 上記のとおり診断（証明）しました。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地  　　　　　　　　　　　　　　　　医師（施術者）　名　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

（注）あんま、マッサージ、指圧師、はり師、きゅう師の施術は医師の同意書を添付してください。