（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。