

(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
	明昭	年 月 日生	
	大平		
受傷年月日 平成 年 月 日	受診年月日 平成 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	年 月 日		年 月 日
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日			治 継
通院治療日数 日間 (内実治療日数 日)	年 月 日		継 続
自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日			中 止
			転 医
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。			
平成 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。