

(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	年 月 日	
自	年 月 日	至	年 月 日	治 ゆ
				継 続
通院治療日数		日間 (内実治療日数	日)	
自	年 月 日	至	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	
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				
医師 (施術者)		所 在 地		
		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。