

(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	
自 平成	年 月 日	至 平成	年 月 日	治 ゆ	
通院治療日数 日間 (内実治療日数 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		
上記のとおり診断 (証明) しました。					
平成 年 月 日					
		医師 (施術者)	所 在 地		
			名 称		
			氏 名		
				印	

(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。