

診 断 書 後遺障害専用

被 害 者	住所	〒			
	氏名		男女	昭和 平成	年 月 日生
受傷の日時	平成 年 月 日 (曜日)		午前 午後	時頃・ 於	
傷病名・治療および後遺症の状況					
初 診 日	平成 年 月 日 (曜日)				
通 院	自 平成 年 月 日	日間	平成 年 月 日		
	至 平成 年 月 日		治 癒		
入 院	自 平成 年 月 日	日間	保険医療総額		
	至 平成 年 月 日		点		
上記の通り診断いたします。					
平成 年 月 日					
住所〒					
医院名					
医師名					
					印