

# 傷 害 診 断 書

年 月 日 審査

## チーム記入欄

チーム登録番号	個人登録番号	チーム名
傷病者名	男 女	昭和 平成 年 月 日生 歳
傷病者住所	〒□□□-□□□□ TEL ( )	

## 医師記入欄 (特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください)

1	傷病名	1) 2)	受傷 (又は罹患) 部位	
2	初診日・傷病又は発病年月日	1) 初診日 平成 年 月 日 2) 平成 年 月 日(陳述又は推定) 3) 平成 年 月 日(陳述又は推定)		病状の固定したと判定された日 平成 年 月 日
3	入院期間	(入院しなかった場合はこの欄を斜線で抹消してください)		
		平成 年 月 日入院	平成 年 月 日退院	平成 年 月 日現在入院中
4	既往症・持病又は既存の身体障害	有 無 (有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください)		
5	1) 手術内容( 年 月 日実施) 2) 保存療法 3) その他			
以上の通り証明(診断)する。 所在地 病院又は診療所の 電話番号 名称 平成 年 月 日 医師氏名 (印)				

## 協会記入欄

見舞金給付表 該当項目	等級 [ ]- -( )
都道府県協会 受付日 協会 印	三地域協会 受付日 日本協会 受付日