

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 |