

診 断 書

秋田県市町村総合事務組合提出用

傷病者	住 所																	
	氏 名	男 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳)															
受傷年月日	平成 年 月 日	受傷の原因																
傷病名及び受傷部位																		
治 療 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																	
(上記治療期間のうち受傷の原因に因る入院期間)																		
入院治療		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日)																
実通院治療日	実 治 療 日 に 印 を し て く だ さ い 。																	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	
	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	計	日	
	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	計	日	
	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	計	日	
	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	計	日	
	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	計	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
通 院 治 療 実 日 数													合 計	日				
転 帰	平成 年 月 日 治癒・継続・中止・その他()																	
この診断書(様式第8号)は、通院及び入院を証明するものです。 後遺障害に該当する場合は、後遺障害診断書(様式第8号の2)を使用してください。																		

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日 所在地：
 医療機関名：
 医師氏名：

印