様式第4号(第4条関係)

交 通 災 害 共 済 診 断 書

傷 病 者	住　所	番地
	氏　名	年　　月　　日生　　歳

傷病名

後遺症の内容

入院治療した期間　　日間 (　　年　月　日から　　年　月　日まで)	通院治療中就業不能と認めた期間 日間 (　　年　月　日から　　年　月　日まで)
通院治療した期間　　日間 (内実治療日数　　日) (　　年　月　日から　　年　月　日まで)	
ギプス固定期間　　日間 (　　年　月　日から　　年　月　日まで)	年　　月　　日 治ゆ　(済　中止)

上記のとおり診断しました。

年　　月　　日

所在地
名　称
医師名

通 院 治 療 実 日 数 表

月	治　　療　　日													
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											

注　本表は、交通災害共済の処理上、必要となりますので、治療日に必ず○印してください。