


## 診 断 書

カルテ番号			
住 所			
傷病者 氏 名			
		男・女 大 昭 平 令 年 月 日生	
傷 病 名	治 療 開 始 日	治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)	
	年 月 日	年 月 日 治ゆ見込	
	年 月 日	年 月 日 治ゆ見込	
	年 月 日	年 月 日 治ゆ見込	
	年 月 日	年 月 日 治ゆ見込	
症状の経過・治療の内容および今後の見通し (手術のある場合は実施日をご記入下さい)		(受傷日 年 月 日)	
主たる検査所見			
初 診 時 の 意 識 障 害	なし・あり (程度)		継続期間 日 時間
既往症および既存障害	なし・あり (注2) ( )		
後遺障害の有無について	なし・あり・未定		
入 院 治 療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日		(診断日) 年 月 日 治ゆ 継続 転医 中止 死亡
通 院 治 療	日間 (内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日		
ギ プ ス 固 定 期 間	固定 除去 自 年 月 日・至 年 月 日 ( 固定具の種類 )		
付添看護を 要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日		理由

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んで下さい。

(注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は( )内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

(裏面も記入願います)

上記の通り診断致します

(作成日)

年 月 日

所 在 地

名 称

医師氏名

TEL. ( )

印