



# 診 断 書

## 蒲 郡 市 青 少 年 団 体 等 互 助 会

受 傷 者	住 所 氏 名 生年月日                  年          月          日 (          歳)          男 ・ 女																																																																					
傷病名および態様ならびに治療の経過 _____ _____ _____																																																																						
受 傷 日          年          月          日 受傷の原因	実通院治療日に○印をつけてください。																																																																					
治 療 の 期 間	入院治療                                  日間 (   年 月 日 ~   年 月 日 )	<table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">計</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">日</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">計</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">日</td> </tr> </table>	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																				
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																						
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																				
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																						
	通院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 通院治療の実日数                          日間	<table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">計</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">日</td> </tr> </table>	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																					
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																							
備考	<table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">計</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">日</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">計</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td style="writing-mode: vertical-rl;">日</td> </tr> </table>	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																					
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																							
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																																																					
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																																																							
実治療日数合計    日																																																																						

**※この診断書は、傷病の完治後1カ月以内に提出してください。期限を過ぎますと見舞金の支給ができない場合があります。**

上記のとおり診断いたします。

年          月          日

住 所

診療機関名

医師氏名

印