

<h1 style="margin: 0;">診 断 書</h1>																
市町村交通災害用																
傷 病 者	住 所															
	氏 名		性別	男 ・ 女												
	生 年 月 日															歳
病 名 及 び 態 様																
入 院 治 療			日間を要しました。 年 月 日～ 年 月 日						年 月 日に							
通 院 治 療			日間(内治療実日数 日) を要しました。 年 月 日～ 年 月 日						治癒する見込みです。 治癒しました。							
通院内訳(治療を受けるため実際に通院した日を○で囲んでください。)																
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	
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	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">名 称 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">医 師 名 _____ (印)</p>																