

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 大正・昭和・平成・令和 女 年 月 日 (歳)															
受傷年月日	年 月 日				受傷の原因												
傷病名及び受傷部位																	
治 療 期 間		年 月 日 ～ 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 年 月 日～ 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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 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	計 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	計 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	計 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	計 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	計 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	計 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	計 日															
通 院 治 療 実 日 数		合 計 日															
転 帰	年 月 日 治癒・継続・中止・その他 ()																
※ この診断書（様式第 6 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 7 号）を使用してください。																	

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日 所 在 地 :
医療機関名 :
医師氏名 : 印
(医師本人の署名がある場合は、押印の必要はありません)