

# 診 断 書

住所	
傷病者	
氏名	
男・女 T. S. H 年 月 日生 ( 歳)	
病名及び態様	
後遺障害の有無について 有り・無し・未定	
入院治療 日間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	を要す
通院治療 日間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	内治療 日 実日数 を要す
平成 年 月 日 治療継続中	治療・見込 治療
付添看護を要す 要せず 期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 日間	理由

上記のとおり診断致します

平成 年 月 日

所在地

名称

医師氏名

注)この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。  
なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。