

医療報告書 兼 医療照会同意書（様式－7）の治療結果の欄で後遺障害(有)の場合、または当会等から（後遺障害の為の）診断書提出をお願いした場合は、単P保管の共済事業の手引きP30診断書とP58～63 共済約款別紙1（後遺障害共済金支払区分表）をコピーして、医師にて等級の判断をお願いします。

(様式－9) Rev.1
(医療機関において記入)

診 断 書

負 傷 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	T. S. H. R.	年 月 日 生 [才]
傷 病 名			
所見並びに治療内容：			
初 診 日		令和 年 月 日	通院治療 ○印を記入してください。
診 療 期 間	通院期間	日間	
	通院実日数	() 日	
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	入院期間	日間	
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	手術の有無	有 ・ 無	
	手術名		
	手術日	令和 年 月 日	
	固定具の使用期間	日間	
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	使用固定具の種類	固定部位	
	() ()		
令和 年 月 日 治ゆ ・ 治療継続中 ・ 転医			

必 須	後遺障害の有・無 ((有) の場合その内容を詳細に書いてください。)
	障害等級 級
	診断書料金(税込) 円

上記の通り診断いたします。医療機関名 () 科

令和 年 月 日 住 所

医 師 名 (印)

電話番号

個人情報、法令に則り適切に管理しています。