

診 断 書

傷病者	住所 氏名	昭 平 令 和	昭 平 令 和	年 月 日生 (歳)	
病名及び態様					
後遺障害の有無について (次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと) 有り・無し・未定					
入院治療	日間			令和 年 月 日	を要す
自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日			治療継続中	
通院治療	日間 (内治療 実日数 日)			令和 年 月 日	を要す
自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日			治療見込	

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

所在地
名称
医師氏名

注 1. 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社並びに査定事務所に備付けてあります。）をご作成願います

2. この診断書は自動車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。