

診 断 書

住 所 丁目 番 号 甲府市 町 番地	氏 名 T・S H・R 年 月 日生
受傷年月日 令 和 年 月 日	初診年月日 令 和 年 月 日
傷 病 名	
入院治療日数 日間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 治 ゆ
通院治療日数 日間 (内実日数 日) 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 継 続 <input type="checkbox"/> 中 止
通院内訳 (治療のため通院した日を○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	
備 考	

上記のとおり診断しました。

令 和 年 月 日

所 在 地
名 称
医師氏名

施 術 証 明 書

住 所 甲府市 丁目 番 号 町 番地	氏 名 T S H R 年 月 日生(男・女)	
受傷年月日 令 和 年 月 日	初診年月日 令 和 年 月 日	
傷病名		
施術の種類及び内容		
施術の期間 日間(内実施術日数 日) 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止	
施術日数の内訳(施術した日を○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	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	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	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	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	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	日	
上記のとおり施術しました。 令 和 年 月 日 所在地 施術者 名 称 (印) 氏 名		

施 術 同 意 書

上記のとおり施術することを同意します。 令 和 年 月 日 所在地 医 師 名 称 (印) 氏 名
--

(注) 施術同意書は、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師、若しくはきゅう師が施術を行う場合に医師の同意を必要とします。(柔道整復師の場合は、脱臼又は骨折のみ医師の同意が必要になります。)