

傷 害 診 断 書

年 月 日 審査

チーム記入欄

チーム登録番号	JRFU共通個人ID	チーム名
傷病者名	男 女	昭和 平成 年 月 日生 歳
傷病者住所	〒□□□□-□□□□ TEL ()	

医師記入欄 (特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください)

1	傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	傷病 発生年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
2	初診日	1) 初診日 平成 年 月 日		
3	外来通院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
4	入院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
5	治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 手術的治療 (いずれかにチェックを入れる)		
6	手術日	(手術治療を行った場合記入) 1) 年 月 日 術式 2) 年 月 日 術式 3) 年 月 日 術式		
7	治療内容			
8	既往症・持病又は既存の身体障害	有 無 (有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください)		

以上の通り証明(診断)する。 所在地
病院又は診療所の 電話番号
平成 年 月 日 名称
医師氏名



協会記入欄

見舞金給付表 該当項目	等級 [] - ()	審査決定年月日 年 月 日
都道府県協会 受付日	三地域協会 受付日	日本協会 受付日
協会 印		