

証 明 書

災害を受けた者	住所											
	氏名		性別	男 ・ 女								
			生年月日	平成	年	月	日					
傷害又は障害名												
入院治療			日間			最近6月以内の実通院治療日に○印をつけてください。						計
			平成			年			月			日
						月						日計
						月						日計
通院治療			日間 (内治療実日数)									計
			平成			年			月			日
						月						日計
						月						日計
平成			年			月			日			計
						月						日計
						月						日計
治ゆ ・ 治ゆ見込 ・ 転医 ・ 中止						月						日計
継続 ・ その他()						月						日計
投薬期間						月						日計
平成			年			月			日			計
			平成			年			月			日
備考(治療経過)												

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

住所
証明者 氏名

⑩

証 明 書

災害を受けた者	住所	浜松市△区△△町○○番地○号														
	氏名	浜松 太郎	性別	男	・ 女	生年月日	平成15年7月4日									
傷害又は障害名																
左橈骨遠位端骨折																
実通院治療日に○印をつけてください。																
入院治療	日間										計					
	平成	年 月 日 ~	5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	4	
				12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	日計	
				23	24	25	26	27	28	29	30	31	4			
		平成	年 月 日	6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	計
					12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4
通院治療	183 日間	(内治療実日数 20 日)		23	24	25	26	27	28	29	30	31	日計			
平成	26 年 5 月 2 日 ~		7月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	計	
		平成	26 年 10 月 30 日		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	4
					23	24	25	26	27	28	29	30	31	日計		
		平成	26 年 10 月 30 日	8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	計
					12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2
					23	24	25	26	27	28	29	30	31	日計		
				9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	計
					12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2
					23	24	25	26	27	28	29	30	31	日計		
		平成	年 月 日 ~	10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	計
					12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2
					23	24	25	26	27	28	29	30	31	日計		
備考(治療経過)																
6月4日 レントゲン撮影 以下理学療法																

上記のとおり証明します。

平成 26 年 10 月 30 日

住所 浜松市△△区△△△町○○-○
氏名 四ツ池整形外科医院 上島 脩 上島