

診 断 書

住 所

氏 名

大・昭・平 年 月 日生

傷 病 名							
治療期間				治療実日数			
自	令	和	年	月	日	入 院	日
至	令	和	年	月	日	通 院	日

令和 年 月 日 午前 時 分 ごろのスポーツ
午後

傷害事故により、上記の傷害をうけ治療を要するものと診断する。

令和 年 月 日

専門医師 住 所
名 称
氏 名

印

※ 裏面も必ず病院で記入願います。

八代市スポーツ協会
スポーツ傷害見舞金

治 療 日 数 一 覧 表

1	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
2	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
3	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
4	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
5	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
6	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
7	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
8	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
9	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
10	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
11	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
12	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

1. 入院は全日、通院は実際に病院に来て治療を受けた日を○で囲んでください。

（自宅での治療は含みません。）

2. 治療実日数は○で囲んだ合計日数を記入ください。

3. 再証明の場合は当初治療日から記入ください。

4. 入院と通院（○印）は色を変えてください。