

入院通院証明書

日本勤労者山岳連盟 山岳事故対策基金制度運営委員会

(請求用)

傷病者	住所																
	氏名					生年月日			年 月 日			歳					
傷病名及び受傷部位																	
受傷の原因																	
入院治療																	
自		年 月 日 至			年 月 日			(日間)			一回目						
自		年 月 日 至			年 月 日			(日間)			二回目						
通院治療																	
自		年 月 日 至			年 月 日			内治療実日数(日)			(日)						
					治癒			治癒見込			転医			治療中止			
実際に通院治療を受けた日に 印をつけて下さい。																	
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	
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	

上記の通り診断いたしました。

20 年 月 日

病院名 _____

所在地 _____

医師名 _____

電話番号 _____