

自賠責保険通院確認書

患者

殿

住所 〒 ー

生年月日 T・S・H 年 月 日 男・女 歳

損害保険会社名

担当者名

TEL

上記患者様の通院についてご報告いたします。

傷病名

- ① 自 年 月 日～至 年 月 日 転帰（治癒・中止・継続）
② 自 年 月 日～至 年 月 日 転帰（治癒・中止・継続）
③ 自 年 月 日～至 年 月 日 転帰（治癒・中止・継続）
④ 自 年 月 日～至 年 月 日 転帰（治癒・中止・継続）

通院日																															合計	
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

傷病名及び通院について確認したところ、相違ないことを認めます。

平成 年 月 日

患者氏名

㊟

施術所名

柔道整復師名

㊟

住所

電話

※原本は施術所で5年間保管、複写を患者様へ提出する。