

被害者情報

自賠責保険通院確認書

患者 殿
住所 〒 -
生年月日 T・S・H 年 月 日 男・女 歳

損害保険会社情報

損害保険会社名
担当者名 TEL

施術部位

上記患者様の通院についてご報告いたします。

通院期間・転帰

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

月毎に通院日に○を付ける

		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

傷病名(施術部位)・通院日を確認後、署名押印

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 印

報告施術者記載または施術所のゴム印で可、押印

柔道整復師名 印

施術者・被害者の両方で5年間保管

所
話

※原本は施術所で5年間保管、複写を患者様へ提出する。

転帰まで通院されない患者様へは、患者様署名押印欄以外は全て記載し、返信用封筒を入れ郵送する。その後、複写を患者様へ郵送し保管していただく。