

# 交通事故関連文書作成マニュアル (改訂版)

一般社団法人 茨城県医師会

# 目 次

はじめに

## 1. 自賠責様式診断書

初診月（例）

再診月（例）

最終月（例）①症状固定し後遺症なしの場合

最終月（例）②症状固定し後遺症ありの場合

最終月（例）③症状固定し後遺症未定の場合

中止（例）

受傷後「念のため」に受診した場合

## 2. 警察に提出する診断書を作成するうえでの留意事項

## はじめに

医師は、医師法第十九条二項により、患者から診断書交付の請求があった場合は、これを記載・発行する義務がある。死亡診断書（死体検案書）・出産証明書・介護保険などの証明書類など公的なものだけでも数十種類以上に及び、「自賠責様式診断書」もそのうちの一つである。この他に、民間保険会社の商品である医療保険・疾病保険（がん保険その他の三大生活習慣病保険など）があり、その数は年々増加し記載内容も書式が異なり詳細化している。また一人の患者が異なった保険会社の数枚の診断書発行を求めてくることもまれでない。

その一方で、こうした診断書を作成するにあたっての留意点を述べたものや作成方法を解説したマニュアルは少ない。さらに、医業類似行為業者との様々な問題も複雑になり、適切な治療を施せない状況も起きている。

茨城県医師会では、本委員会にて損害保険協会および損害料率算出機構の協力の下、平成24年3月に「自賠責様式診断書作成マニュアル」を作成した。

しかし、その後も交通事故にかかる文書に関してトラブルや問い合わせが続き、その都度委員会で検討を重ねてきた。

そこでそれらを踏まえ、『交通事故関連文書作成マニュアル』と名称を変更し、本委員会、損害保険協会そして損害料率算出機構の協力により、自賠責様式の診断書のほか、警察へ提出する診断書作成に対しての留意点にも触れ、茨城県医師会会員向けに「交通事故関連文書」作成の一助となるように解説を加え改訂した。複雑な対応を迫られることの多い交通事故診療において、本マニュアルを被害者救済のために役立てていただければ幸いである。

平成28年3月

### 茨城県医師会労災・自賠責委員会

委員長 木村 郁夫（つくば市）

副委員長 間瀬 憲多朗（ひたちなか市）  
県医常任理事

委員 荒川 重光（水戸市）

委員 石島 弘之（水戸市）

委員 土田 博光（水戸市）

委員 原 毅（水戸市）

委員 早船 徳子（水戸市）

委員 嶋崎 直哉（日立市）

委員 島田 裕（日立市）

委員 大祢 廣伸（土浦市）

委員 塚田 智雄（土浦市）

委員 塚原 靖二（土浦市）

委員 渡邊 行彦（笠間市）

委員 高林 良文（多賀）

委員 伊東 良則（真壁）

県医理事 城之内 宏至（鹿島）

県医常任理事 塚田 篤郎（土浦市）

県医副会長 松崎 信夫（取手市）

※（ ）は所属医師会名

1. 自賠責様式診断書

初診月 (例)

(保険会社使用欄)

診 断 書


カルテ番号	住所 茨城県水戸市笠原町489		
傷病者	氏名	○○ 太郎	
傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)	
頸椎捻挫	平成27年9月2日	平成27年9月30日 現在 通院中	治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込
病状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 平成27年9月1日) (手術のある場合は実施日をご記入ください) 平成27年9月1日受傷。受傷後から頸部痛出現したため、平成27年9月2日当院初診。 上記診断にて、下記のごとく患部固定。現在外来通院にて経過観察中。なお、医業類似行為業者での療養は同意していない。			
主たる検査所見 レ線上、骨傷を認めず。			
初診時の意識障害	なし・ <del>あり</del>	程度	継続期間 (日 時間)
既往症および既存障害	なし・ <del>あり</del>		
後遺障害の有無について	なし・あり・ <del>未定</del>		
入院治療	なし 日間		(診断日) 27年9月30日
通院治療	29日間 (内実日数 7日)		治ゆ継続
ギプス固定期間	固定 除去 固定具の種類		止
付添看護を要した期間	日間 年 月		

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合も記載してください。

(注1) 原則本人の申告通りとなりますが、運転免許証などの証明書に記載されたものが必要になる場合があります。

(注2) 診療録・自賠責診療報酬明細書(以下明細書)に一致させて記載して下さい。

(注3) 記載しないで下さい。

(注5) 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させます。

(注4) 診療録に基づいて簡単に経過を記載して下さい。

(注6) 診療施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。診療録に一致させて下さい。

(注7) 診療録に一致させて下さい。

(注8) 診療録に一致させて下さい。

(注9) 初診月は未定。また、「不明」の場合は「不明」と記載して下さい(例 患者の都合で来院しなくなり診断書の提出を求められた場合)

(注10) 診療録に一致させて下さい。

(注11) その月の最終日を記載

(注12) 診療録に一致させて下さい。

(裏面も記入願います)

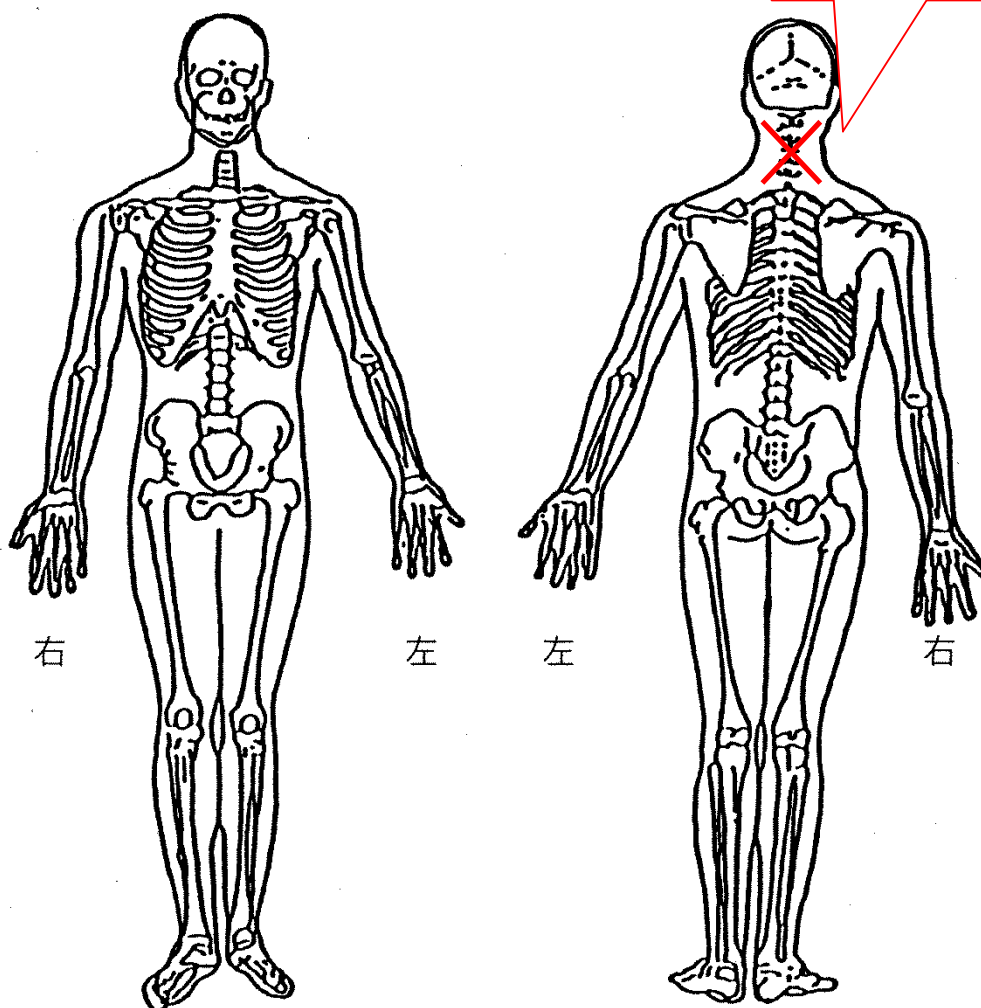
上記の通り診断いたします。 所在地 茨城県水戸市笠原町489  
 (作成日) 平成27年10月3日 名称 ○×整形外科クリニック 電話 029(241)8446  
 医師氏名 ○× 一郎

(注13) 明細書作成日と一致。



(受傷部位を図示してください)

(注14) 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい。



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。  
この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

- (注1) 傷病者の住所について…… 原則本人の申告通りとなりますが、運転免許証などの証明書に記載されたものが必要になる場合があります
- (注2) 傷病名・治療開始日…… 診療録・自賠責診療報酬明細書（以下明細書）に一致させて記載して下さい
- (注3) 治ゆまたは治ゆ見込日…… 記載しないで下さい
- (注4) 傷病の経過・治療の内容および今後の見通し…… 診療録に基づいて簡単に経過を記載して下さい。なお柔道整復師等の医療類似行為業者等での療養や施術に同意していない又は指示していない場合はそれを記載して下さい
- (注5) 受傷日…… 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させて下さい
- (注6) 主たる検査所見…… 診療施行した検査（レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など）があれば、その結果を記載して下さい。診療録に一致させて下さい
- (注7) 初診時の意識障害…… 診療録に一致させて下さい
- (注8) 既往症および既存障害…… 診療録に一致させて下さい
- (注9) 後遺障害の有無について…… 初診月は未定。また、「不明」の場合は「不明」と記載して下さい（例 患者の都合で来院しなくなり診断書の提出を求められた場合）
- (注10) 通院治療…… 診療録に一致させて下さい
- (注11) 診断日…… その月の最終日を記載して下さい
- (注12) 固定期間…… 診療録に一致させて下さい
- (注13) 作成日…… 明細書作成日と一致させて下さい
- (注14) 受傷部位を図示について…… 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい

# 診 断 書


カルテ番号

傷病者 住 所 茨城県水戸市笠原町489 (注1) 初回作成時に準じますが、転居や事情により改姓した場合は、変更後の住所や氏名を記載して下さい。  
氏 名 ○○ 太郎 (男) 大 (昭) 平 37 年 11 月 14 日生

傷 病 名	治 療 開 始 日	治 ゆ また は 治 ゆ 見 込 日 (注1)
頸椎捻挫	平成 27 年 9 月 2 日	平成 27 年 10 月 31 日 現在 通院中
外傷性項部癍痕	平成 27 年 10 月 27 日	平成 27 年 10 月 31 日 現在 通院中
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日

(注2) 初回作成時に準じます。ただし、経過中に新たに本件に関連した傷病名が発生した場合は、本項に追加傷病名を記載するだけでなく以下の「経過欄」にも記載して下さい。  
(注3) 分からない場合は記載しなくても結構ですが、分かった場合に記載下さい。

病状の経過・治療の内容および今後の見通し (手術のある場合は実施日をご記入ください) (受傷日 平成 27 年 9 月 1 日)

上記診断にて、下記のごとく患部固定。現在外来通院にて通院リハにて観察中。受傷時に認めた項部の擦過傷が 5cm×5cm 程度の癍痕を呈し、ヒルドイドクリーム使用し経過観察中。なお、医業類似行為業者での療養は同意していない。

(注4) 診療録に基づいて簡単に経過を記載して下さい。当月分のみを記載します。  
(注5) 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させます。

主たる検査所見

今月は特に検査施行せず。  
(注6) 新たに施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。

初診時の意識障害 (なし) (注7) 初回作成時に一致させて下さい。 日 時間 )

既往症および既存障害 (なし) (注8) 初回作成時に一致させて下さい。 )

後遺障害の有無について なし・あり・未定 (注9) 未定に○をつけて下さい。「不明」の場合は「不明」と記載して下さい(例 患者の都合で来院なくなり診断書の提出を求められた場合)

入院治療	なし 日間 自 年 月 日・至 年 月 日	(診断日) 27 年 10 月 30 日
通院治療	31 日間 (内実日数 16 日) 自 平成 27 年 10 月 1 日・至 平成 27 年 10 月 31 日	治 ゆ 継 続 医 止
ギプス固定期間	固定 除去 固定具の種類 自 年 月 日・至 年 月 日 ( )	(注11) その月の最終日を記載
付添看護を要した期間	自 日間 年 (注12) 診療録・明細書と一致させて下さい。 日	

(注10) 診療録・明細書と一致させて下さい。  
(注13) 明細書作成日と一致。

上記の通り診断いたします。 所在地 茨城県水戸市笠原町489  
(作成日) 平成 27 年 11 月 8 日 名称 ○×整形外科クリニック 電話 029(241)8446  
医師氏名 ○× 一郎

(注13) 明細書作成日と一致。

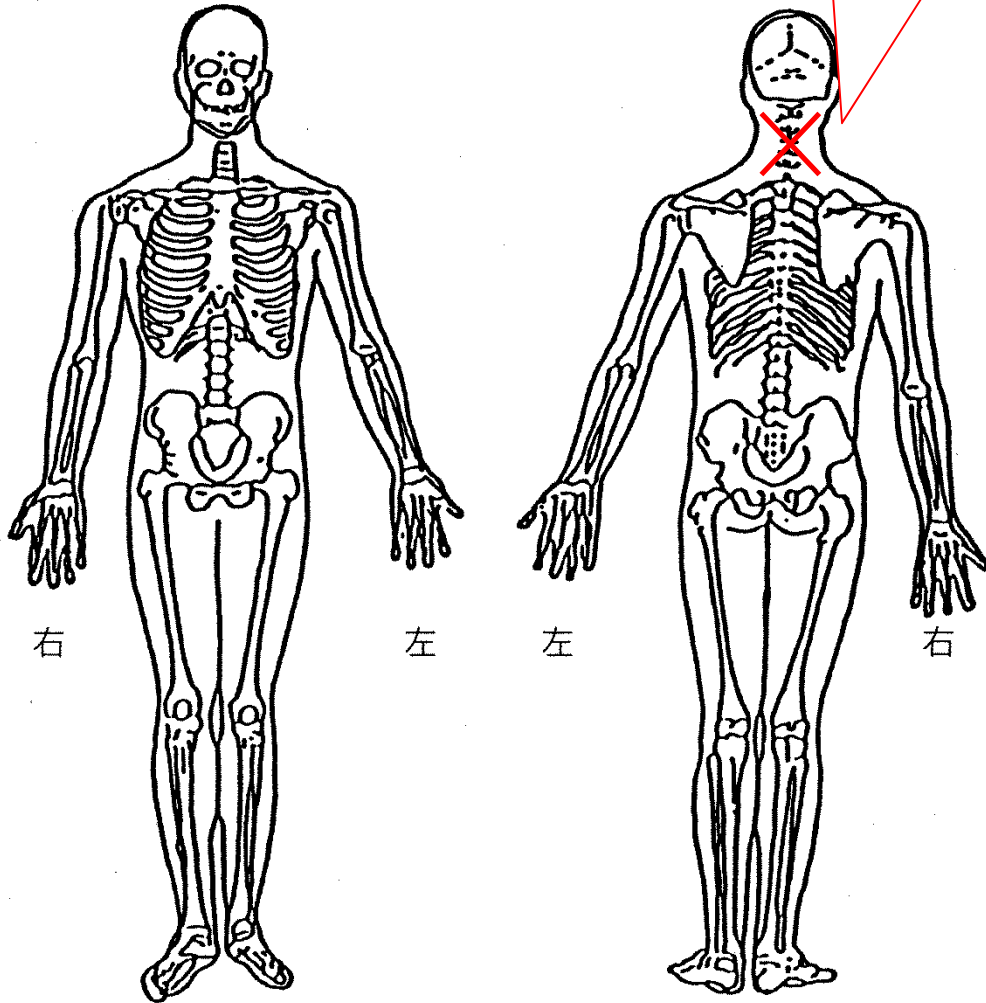
(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
(注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合も記載してください。

(裏面も記入願います)



(受傷部位を図示してください)

(注14) 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい。



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠償損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

- (注1) 傷病者の住所について…… 初回作成時に準じますが、転居や事情により改姓した場合は、変更後の住所や氏名を記載して下さい
- (注2) 傷病名について…… 初回作成時に準じます  
※ただし、経過中に新たに本件に関連した傷病名が発生した場合は、本項に追加傷病名を記載するだけでなく以下の「経過欄」にも記載して下さい
- (注3) 治ゆまたは治ゆ見込日…… 分からない場合は記載しなくても構いませんが、分かった場合は記載して下さい
- (注4) 傷病の経過・治療の内容  
および今後の見通し…… 当月分のみ診療録に基づいて簡単に経過を記載して下さい。なお柔道整復師等の医業類似行為業者等での療養や施術に同意していない又は指示していない場合はそれを記載して下さい。
- (注5) 受傷日…… 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させて下さい
- (注6) 主たる検査所見…… 新たに施行した検査（レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など）があれば、その結果を記載して下さい
- (注7) 初診時の意識障害…… 初回作成時に一致させて下さい
- (注8) 既往症および既存障害…… 初回作成時に一致させて下さい
- (注9) 後遺障害の有無について…… 未定に○をつけて下さい。「不明」の場合は「不明」と記載して下さい  
（例 患者の都合で来院しなくなり診断書の提出を求められた場合）
- (注10) 通院治療…… 診療録・明細書と一致させて下さい
- (注11) 診断日…… その月の最終日を記載して下さい
- (注12) 固定期間…… 診療録・明細書と一致させて下さい（当月分のみを記載）
- (注13) 作成日…… 明細書作成日と一致させて下さい
- (注14) 受傷部位を図示について… 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい

最終月 (例)

①症状固定し後遺症なしの場合

(保険会社使用欄)

診 断 書


カルテ番号			
傷病者	住所 茨城県水戸市笠原町489		
	氏名 ○○ 太郎 (男) 明大(昭)平 37年11月14日 (注10)		
傷病名	(注2) 最終来院日	治ゆまたは治ゆ見込日 (注)	
頸椎捻挫	平成 27年9月2日	平成 27年11月27日	
外傷性項部瘢痕	平成 27年10月27日	平成 27年11月27日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
(注1) 初回作成・経過中作成時に準じます。			
病状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 平成27年9月1日) (手術のある場合は実施日をご記入ください) 上記診断にて、外来通院下で加療を行い、平成27年11月27日、症状固定した。なお、医業類似行為業者での療養は同意していない。 (注3) 診療録に準じた記載をします。			
主たる検査所見 今月は特に検査施行せず。 (注5) 新たに施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。			
初診時の意識障害	(なし)・ <del>有</del>	(注6) 初回作成時に一致させて下さい。	日 時間
既往症および既存障害	(なし)・ <del>有</del>	(注7) 初回作成時に一致させて下さい。	)
後遺障害の有無について	(なし)・ <del>有</del>	(注8) なしに○をつけて下さい。	
入院治療	なし 日間 自 年 月 日・至 年 月 日	(診断日)	27年11月27日
通院治療	27日間(内実日数 7日) 自 平成27年11月1日・至 平成27年11月27日	治 治	治 治
ギプス固定期間	固定 自 年 月	(注9) 診療録・明細書と一致させて下さい。	(注10) 症状などが消失した医学的な「治ゆ」の状態以外にも症状固定の際には「治ゆ」に○をします
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日		

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合も記載してください。  
 (注3) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注4) 初回作成した診断書に準じます。  
 (注5) 新たに施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。  
 (注6) 初回作成時に一致させて下さい。  
 (注7) 初回作成時に一致させて下さい。  
 (注8) なしに○をつけて下さい。  
 (注9) 診療録・明細書と一致させて下さい。  
 (注10) 症状などが消失した医学的な「治ゆ」の状態以外にも症状固定の際には「治ゆ」に○をします

(裏面も記入願います)

上記の通り診断いたします。

(作成日) 平成 27 年 11 月 27 日

所在地 茨城県水戸市笠原町489

名称 ○×整形外科クリニック

医師氏名 ○× 一郎

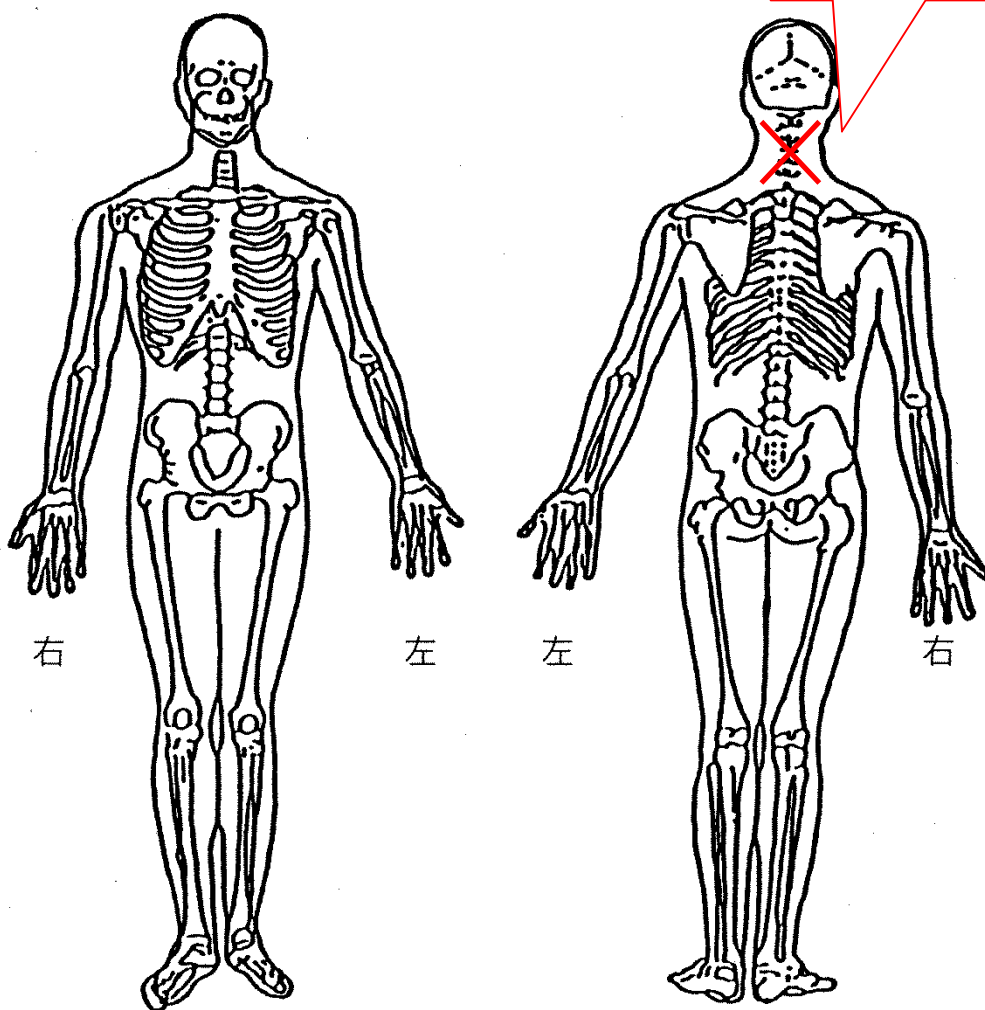
電話 029(241)8446





(受傷部位を図示してください)

(注11) 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい。



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

- (注1) 傷病名について…………… 初回作成・経過中作成時に準じます。転帰は、症状など消失した医学的な「治ゆ」の状態以外にも症状固定の際には「治ゆ」に○します。日付は診断書作成日とします
- (注2) 治ゆまたは治ゆ見込日…………… 最終来院日を記載して下さい
- (注3) 傷病の経過・治療の内容  
および今後の見通し…………… 診療録に準じた記載をします。なお柔道整復師等の医業類似行為業者等での療養や施術に同意していない又は指示していない場合はそれを記載して下さい
- (注4) 受傷日…………… 診療録と一致させて下さい
- (注5) 主たる検査所見…………… 新たに施行した検査（レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など）があれば、その結果を記載して下さい
- (注6) 初診時の意識障害…………… 初回作成時に一致させて下さい
- (注7) 既往症および既存障害…………… 初回作成時に一致させて下さい
- (注8) 後遺障害の有無について…………… なしに○をつけて下さい
- (注9) 通院治療…………… 診療録・明細書と一致させて下さい
- (注10) 転帰…………… 症状などが消失した医学的な「治ゆ」の状態以外にも症状固定の際には「治ゆ」に○をします
- (注11) 受傷部位を図示について…………… 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい

最終月 (例)

②症状固定し後遺症ありの場合

(保険会社使用欄)

診 断 書

Grid for insurance company use with 4 columns and 4 rows.

Main medical form containing patient info (住所, 氏名, 傷病名), treatment history, and examination findings. Includes red callout boxes for notes (注1-10).

Vertical text on the right side containing notes (注1) through (注10) regarding medical records and insurance procedures.

(裏面も記入願います)

上記の通り診断いたします。 (作成日) 平成 27 年 11 月 27 日

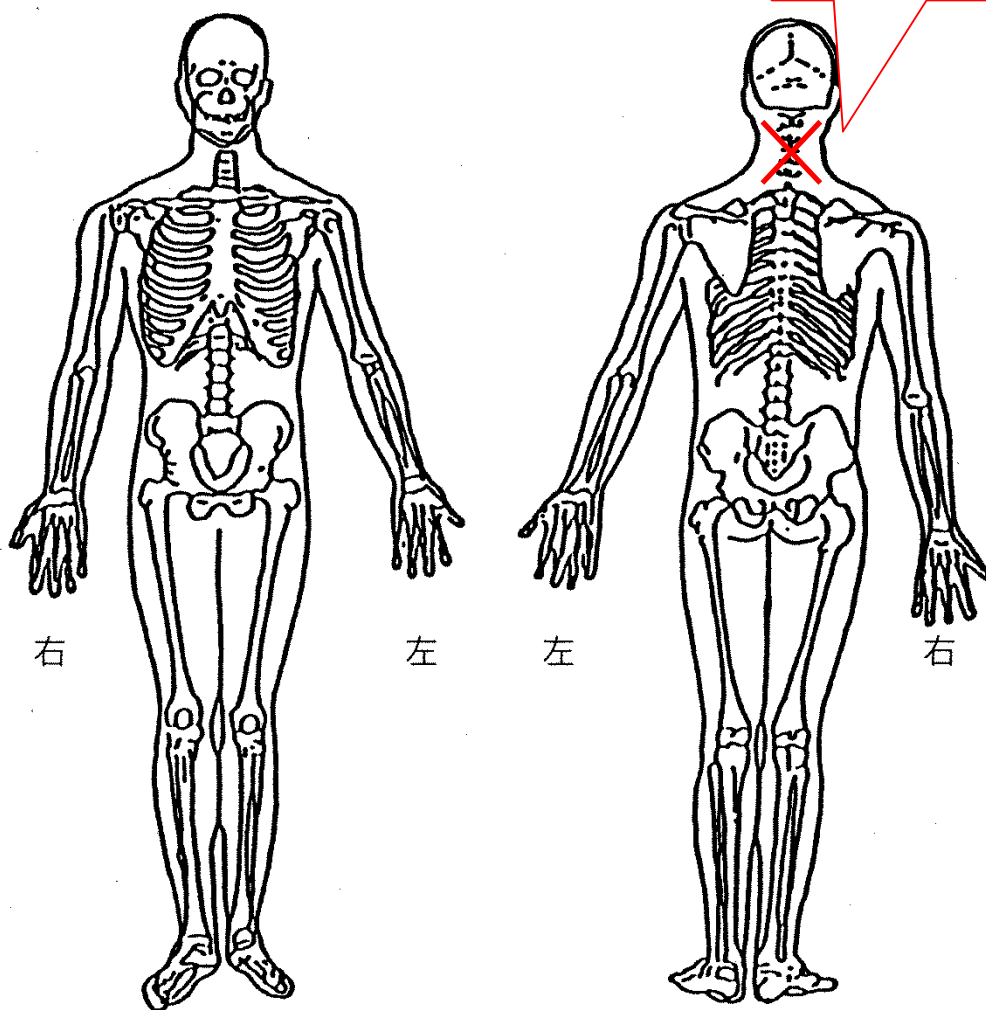
所在地 茨城県水戸市笠原町489 名称 O×整形外科クリニック 医師氏名 O× 一郎

電話 029(241)8446



(受傷部位を図示してください)

(注11) 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい。



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

- (注1) 傷病名について…………… 初回作成・経過中作成時に準じます。転帰は、症状など消失した医学的な「治ゆ」の状態以外にも症状固定の際には「治ゆ」に○します。日付は診断書作成日とします
- (注2) 治ゆまたは治ゆ見込日…………… 最終来院日を記載して下さい
- (注3) 傷病の経過・治療の内容  
および今後の見通し…………… 診療録に準じた記載をします。なお柔道整復師等の医業類似行為業者等での療養や施術に同意していない又は指示していない場合はそれを記載して下さい
- (注4) 受傷日…………… 診療録と一致させて下さい
- (注5) 主たる検査所見…………… 新たに施行した検査（レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など）があれば、その結果を記載して下さい
- (注6) 初診時の意識障害…………… 初回作成時に一致させて下さい
- (注7) 既往症および既存障害…………… 初回作成時に一致させて下さい
- (注8) 後遺障害の有無について…………… ありに○をつけて下さい。後日、後遺症診断書を作成することとなります
- (注9) 通院治療…………… 診療録・明細書と一致させて下さい
- (注10) 転帰…………… 症状などが消失した医学的な「治ゆ」の状態以外にも症状固定の際には「治ゆ」に○をします
- (注11) 受傷部位を図示について…………… 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい

最終月 (例)

③症状固定し後遺症未定の場合

(保険会社使用欄)

診 断 書

Grid for insurance company use with 4 columns and 4 rows.

Main medical record form containing patient info, injury details, medical history, and treatment periods.

Vertical notes on the right side of the form providing additional instructions.

(裏面も記入願います)

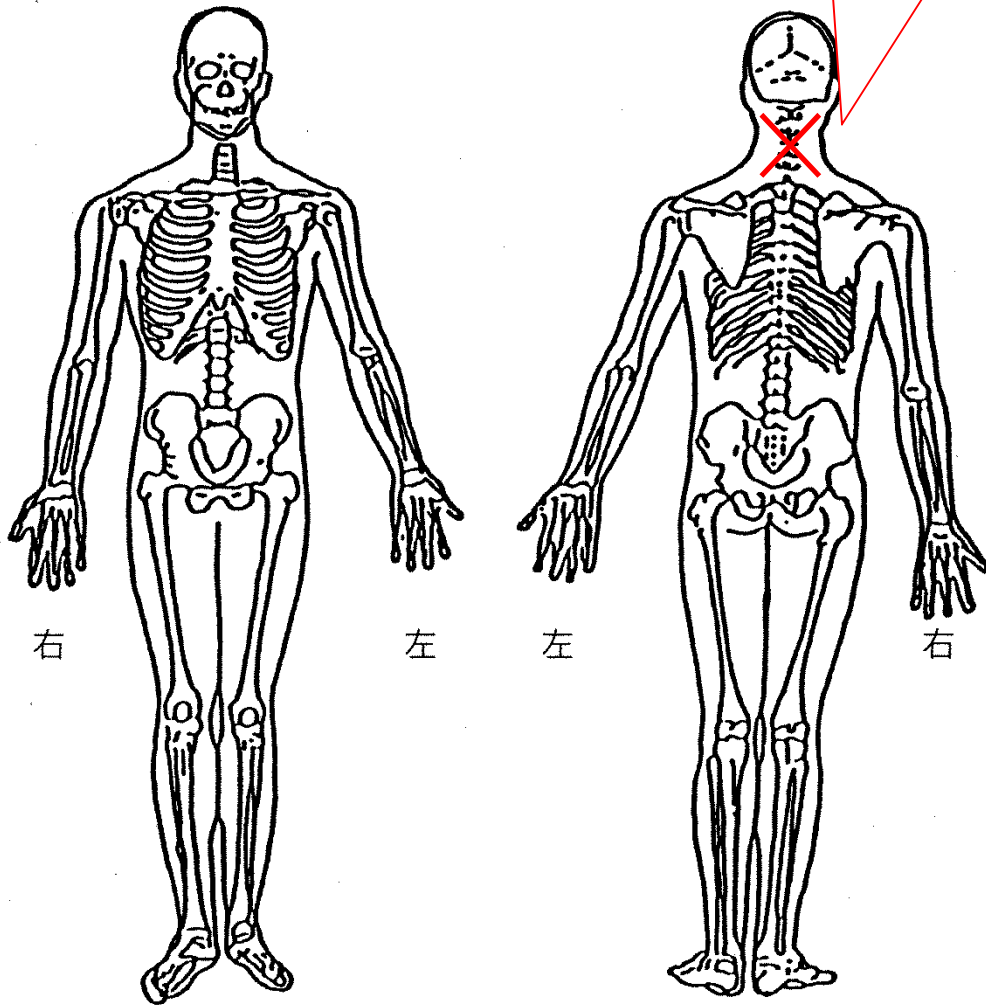
上記の通り診断いたします。 (作成日) 平成 27 年 11 月 27 日

所在地 茨城県水戸市笠原町489 名称 O×整形外科クリニック 電話 029(241)8446 医師氏名 O× 一郎



(受傷部位を図示してください)

(注11) 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい。



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

- (注1) 傷病名について…………… 初回作成・経過中作成時に準じます。転帰は、症状など消失した医学的な「治ゆ」の状態以外にも症状固定の際には「治ゆ」に○します。日付は診断書作成日とします
- (注2) 治ゆまたは治ゆ見込日…………… 最終来院日を記載して下さい
- (注3) 傷病の経過・治療の内容  
および今後の見通し…………… 診療録に準じた記載をします。なお柔道整復師等の医業類似行為業者等での療養や施術に同意していない又は指示していない場合はそれを記載して下さい
- (注4) 受傷日…………… 診療録と一致させて下さい
- (注5) 主たる検査所見…………… 新たに施行した検査（レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など）があれば、その結果を記載して下さい
- (注6) 初診時の意識障害…………… 初回作成時に一致させて下さい
- (注7) 既往症および既存障害…………… 初回作成時に一致させて下さい
- (注8) 後遺障害の有無について…………… あり・なし・未定の3種類に該当するものに○をつけて下さい  
※未定の場合はいつごろ判定できるか、ある程度の目安（3ヶ月後に判定する予定）を可能であれば記載して下さい
- (注9) 通院治療…………… 診療録・明細書と一致させて下さい
- (注10) 転帰…………… 症状などが消失した医学的な「治ゆ」の状態以外にも症状固定の際には「治ゆ」に○をします
- (注11) 受傷部位を図示について…………… 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい

# 診 断 書


カルテ番号			
傷病者	住所 茨城県水戸市笠原町489		
	氏名 ○○ 太郎 (男) 大(昭)平 37年11月14日生		
傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)	治ゆ見込日 (注1)
頸椎捻挫	平成 27年9月2日	平成 27年11月27日	治ゆ見込中止
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込
(注1) 診療録・自賠責診療報酬明細書 (以下明細書) に一致させて記載して下さい。治療開始日・転帰(「治ゆ」または「継続」「転院」「中止」「死亡」)も同様です。			
病状の経過・治療の内容および今後の見通し (手術のある場合は実施日をご記入ください)		(受傷日 平成 27年9月1日)	
平成 27年9月1日受傷。受傷後から項部痛出現したため、平成 27年9月2日当院初診。上記診断にて、経過観察をしたが9月9日以降来院せず。平成 27年11月27日、本人が受診し、申し出により「中止」とした。なお、医業類似行為業者での療養は同意していない。			
(注3) 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させます。			
主たる検査所見 レ線上、骨傷を認めず。			
(注4) 診療施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。診療録に一致させて下さい。			
初診時の意識障害	程度	継続期間	日 時間
	なし・本	(注5) 診療録に一致させて下さい。	
既往症および既存障害	なし・本	(注6) 診療録に一致させて下さい。	
後遺障害の有無について	なし・あり・未定	不明	(注7) 診療が途中中断しているので後遺障害は「不明」と判断し「不明」と記載して下さい
入院治療	なし 日間	診断日)	27年11月27日 (裏)
	自 年 月 日・至	(注8) 診療録・明細書に一致させて下さい。この例は通院期間が9月2日から11月27日までの通算87日間、実日数8日間でしたのでその通りに記載してあります	治
通院治療	87 日間 (内実日数 8 日)		中
	自 平成 27年 9月 2日・至 平成 27年 11月 27日		止
ギプス固定期間	固定 除去	固定具の種類	死 亡
	自平成 27年 9月 2日・至平成 27年 9月 10日( )		人 願 い ます)
付添看護を要した期間	なし 日間	(注10) 診療録に一致させて下さい。	理由
	自 年 日		

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならぬ既往症がある場合も記載してください。  
 (注3) 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させます。  
 (注4) 診療施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。診療録に一致させて下さい。  
 (注5) 診療録に一致させて下さい。  
 (注6) 診療録に一致させて下さい。  
 (注7) 診療が途中中断しているので後遺障害は「不明」と判断し「不明」と記載して下さい  
 (注8) 診療録・明細書に一致させて下さい。この例は通院期間が9月2日から11月27日までの通算87日間、実日数8日間でしたのでその通りに記載してあります  
 (注9) 最終来院日を記載して下さい。  
 (注10) 診療録に一致させて下さい。

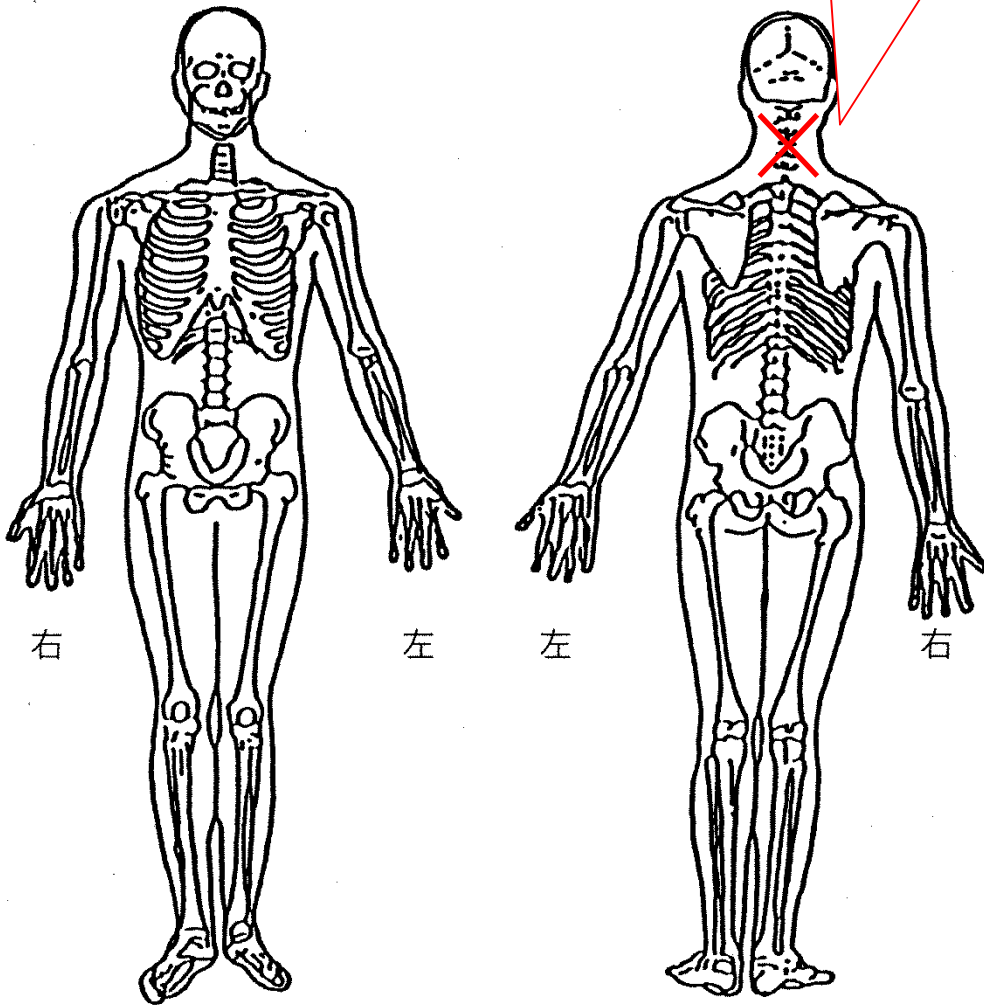
上記の通り診断いたします。  
 (作成日)  
 平成 27 年 11 月 30 日

所在地 茨城県水戸市笠原町489  
 名称 ○×整形外科クリニック 電話 029(241)8446  
 医師氏名 ○× 一郎



(受傷部位を図示してください)

(注11) 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい。



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

- (注1) 傷病名について…………… 初回作成・経過中作成時に準じます。転帰は、暫く来院なく、患者から「中止」や「転院」で診断書を作成して欲しいといわれた場合、ケースによっては「中止」や「転院」を記載して下さい
- (注2) 治ゆまたは治ゆ見込日…………… 中止に○をつけ、最終来院日を記載して下さい
- (注3) 受傷日…………… 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させます
- (注4) 主たる検査所見…………… 新たに試行した検査（レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など）があれば、その結果を記載して下さい
- (注5) 初診時の意識障害…………… 初回作成時に一致させて下さい
- (注6) 既往症および既存障害…………… 初回作成時に一致させて下さい
- (注7) 後遺障害の有無について…………… 診療が途中中断しているので後遺障害は「不明」と判断し「不明」と記載して下さい
- (注8) 通院治療…………… 診療録・明細書に一致させて下さい。この例は通院期間が9月2日から11月27日までの通算87日間、実日数8日間でしたのでその通りに記載してあります
- (注9) 診断日…………… 診断日は、最終来院日を記載して下さい
- (注10) 固定期間…………… 診療録と一致させて下さい
- (注11) 受傷部位を図示について…………… 診療録・本診断書の診断名に一致する部位に記載して下さい

受傷後「念のため」に受診した場合

(保険会社使用欄)

診 断 書


カルテ番号	
傷病者	住所 茨城県水戸市笠原町489 氏名 ○○ 太郎 (男) 明・大(昭)平 37年11月14日生
傷病名	治療開始日 治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)
交通外傷後精査	平成 27年9月1日 年 月 日 治ゆ見込日 年 月 日
	年 月 日 年 月 日
	年 月 日 年 月 日
	年 月 日 年 月 日
病状の経過・治療の内容および今後の見通し (手術のある場合は実施日をご記入ください) (受傷日 平成27年9月1日) 平成27年9月1日受診。 特に症状はないが、念のため平成27年9月1日当院初診。 診察の結果、特に異常を認めず。 なお、医業類似行為業者での療養は同意していない。 (注4) 診療録に基づいて簡単に経過を記載して下さい。	
主たる検査所見 レ線施行するも、特に異常所見を認めず。 (注6) 診療施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。診療録に一致させて下さい。	
初診時の意識障害	(なし)・有 (注7) 診療録に一致させて下さい。 日 時間
既往症および既存障害	(なし)・有 (注8) 診療録に一致させて下さい。 )
後遺障害の有無について	(なし)・有 (注9) 診療録に一致させて下さい。
入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日 (診断日) 年 月 日
通院治療	日間(内実日数) 日 (注10) 診療録に一致させて下さい。 (注11) 来院日を記載
ギプス固定期間	固定 除去 固定具の種類 中 止
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日 理由

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合も記載してください。  
 (注3) 記載しないで下さい。  
 (注4) 診療録に基づいて簡単に経過を記載して下さい。  
 (注5) 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させます。  
 (注6) 診療施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。診療録に一致させて下さい。  
 (注7) 診療録に一致させて下さい。  
 (注8) 診療録に一致させて下さい。  
 (注9) 診療録に一致させて下さい。  
 (注10) 診療録に一致させて下さい。  
 (注11) 来院日を記載  
 (注12) 明細書作成日と一致。

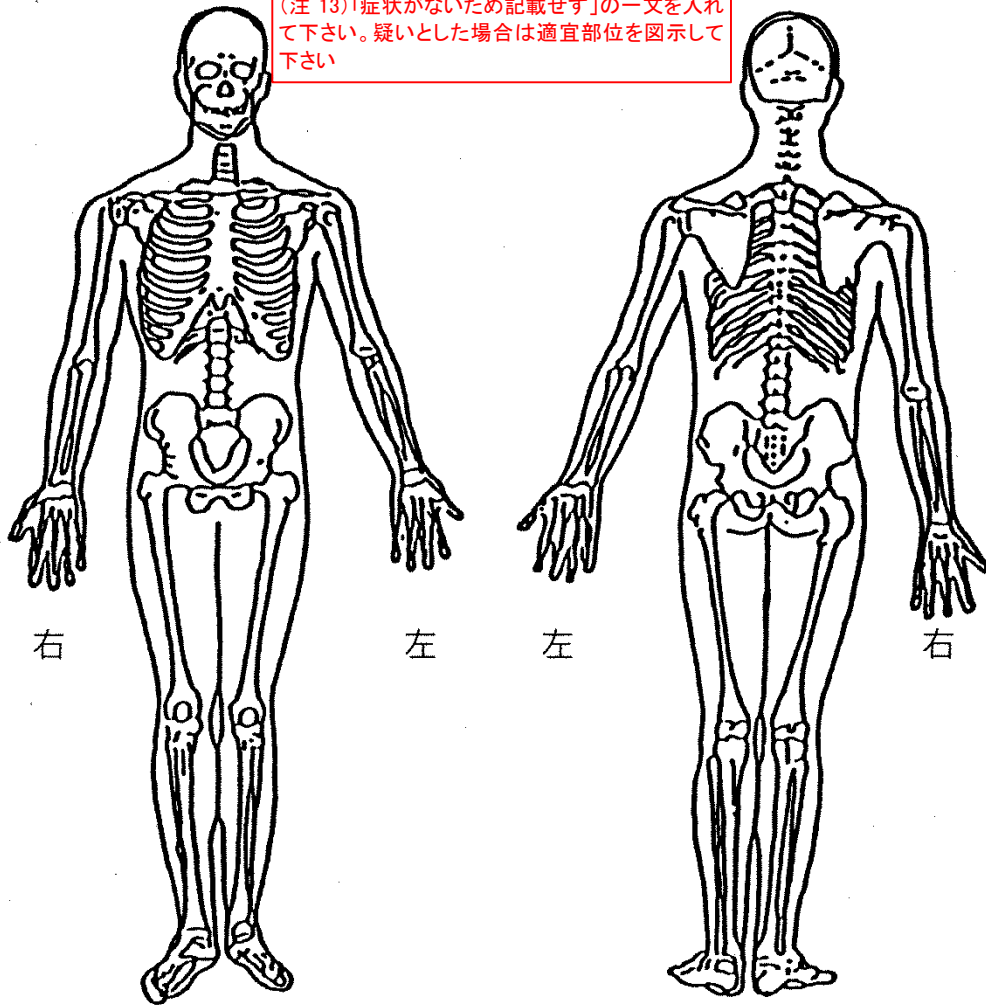
(裏面も記入願います)

上記の通り診断いたします。 所在地 茨城県水戸市笠原町489  
 (作成日) 平成27年9月30日 名称 ○×整形外科クリニック 電話 029(241)8446  
 医師氏名 ○× 一郎 印



(受傷部位を図示してください)

(注13)「症状がないため記載せず」の一文を入れて下さい。疑いとした場合は適宜部位を図示して下さい



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書(損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。)をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

- (注1) 傷病者の住所について..... 原則本人の申告通りとなりますが、運転免許証などの証明書に記載されたものがなくなる場合があります
- (注2) 傷病名・治療開始日..... 診療録・自賠責診療報酬明細書(以下明細書)に一致させて記載して下さい。(頸椎捻挫疑い等、と記載することも可)
- (注3) 治ゆまたは治ゆ見込日..... 記載しないで下さい
- (注4) 傷病の経過・治療の内容  
および今後の見通し..... 診療録に準じた記載をします。なお柔道整復師等の医業類似行為業者等での療養や施術に同意していない又は指示していない場合はそれを記載して下さい
- (注5) 受傷日..... 患者・同乗者の申告通り、診療録と必ず一致させます
- (注6) 主たる検査所見..... 診療施行した検査(レントゲン、CT、MRI、血液検査、筋電図、超音波など)があれば、その結果を記載して下さい。診療録に一致させて下さい
- (注7) 初診時の意識障害..... 診療録に一致させて下さい
- (注8) 既往症および既存障害..... 診療録に一致させて下さい
- (注9) 後遺障害の有無について..... 診療録に一致させて下さい
- (注10) 通院治療..... 診療録に一致させて下さい
- (注11) 診断日..... 来院日を記載して下さい
- (注12) 作成日..... 明細書作成日と一致させて下さい
- (注13) 受傷部位を図示について... 「症状がないため記載せず」の一文を入れて下さい。疑いとした場合は適宜部位を図示して下さい

## 2. 警察に提出する診断書を作成するうえでの留意事項

自院の診断書用紙に次の事項を参考に記載するとよい。

(1) 本診断書は「警察提出用」であることを明記する。

(2) 患者の氏名・住所・生年月日・診断名  
診療録に一致させる。

(3) 受傷日  
「患者申告によると ○年○月○日 受傷」というように診療録に一致させる。

(4) 当該医療機関初診日  
診療録に一致させる。今回に関連して他の医療機関を受診しているという患者の申告があればその旨を記載してもよい。

(5) 表記等 留意すべき点  
「余病併発がないかぎり ○日間の加療を要する見込みである」  
「他に合併症がないかぎり ○日間の加療を要する見込みである」  
(予後に関しては、上記のように推定・推量を示す表記を用いるとよい)

- ・ 医業類似行為での療養や施術に同意や指示をせず、その旨を患者に説明した場合、診療録に記載すると同時に、本診断書に「なお、医業類似行為での施術等は同意していない」又は「なお、医業類似行為での施術等は指示していない」と記載してもよい。

- ・ 改ざんを防ぐために、文末に 「以下 余白」と明記するとよい。

- ・ 診断書作成日及び作成者を記載する。

(6) その他

- ・ 受傷後時間を経てから診断書の作成を患者から依頼された場合、医師の裁量で可能であれば作成する。その時点での診断名、患者申告の受傷日、今後の見込みを記載する。交通事故との因果関係がわからないと判断した場合は、「交通事故との因果関係は不明である」と記載してもよい。

---

## 交通事故関連文書作成マニュアル

平成 24 年 3 月 30 日 発行

平成 28 年 3 月 31 日 改訂

■発行 一般社団法人 茨城県医師会  
〒310-0852 茨城県水戸市笠原町 4 8 9  
電話 029 (241) 8446  
FAX 029 (243) 5071  
URL <http://www.ibaraki-med.or.jp>  
E-mail [office@ibaraki.med.or.jp](mailto:office@ibaraki.med.or.jp)

---