

医 師 の 意 見 書

被害者名	
1 傷病名及び傷病の程度	
2 初診年月日	年 月 日
3 診療見込期間	約 日間
4 診療見込額	約 円
5 診療費	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般診療（加害者が負担、自動車責任保険を使う） ・ 保険診療で扱う
6 後遺症	残る 残らない
担当医住所	
氏名（署名）	
電話番号（ - - ）	