

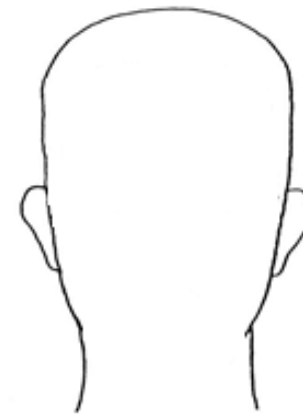
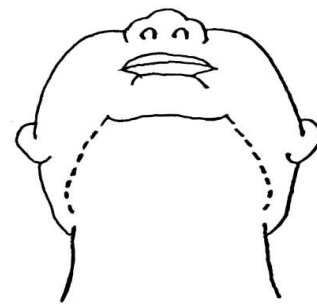
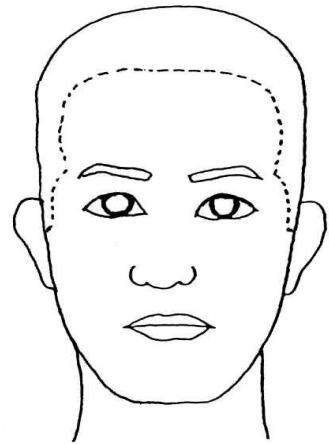
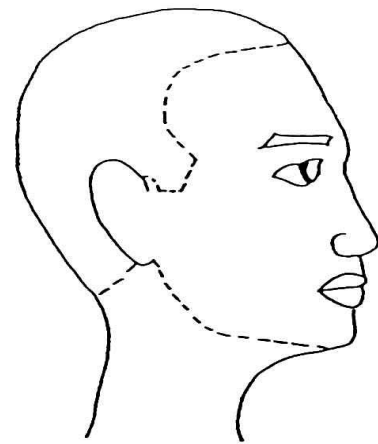
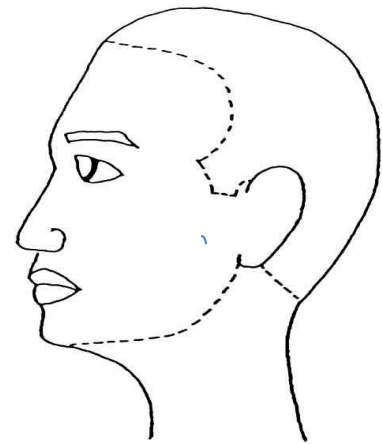
交通事故受傷後の傷痕等に関する所見

(患者 様 男・女 年 月 日生)

外ぼう (頭部・顔面部・頸部) ※

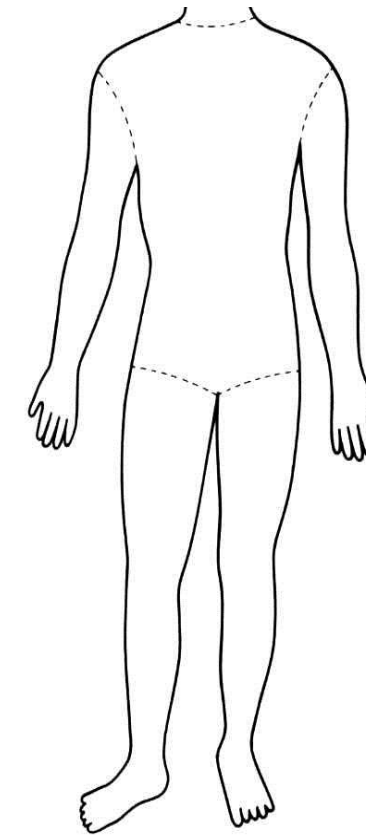
※近接した距離 (概ね 1 cm 以内) に複数の傷痕が残存する場合、
当該傷痕間の距離もお示しいただけると幸いです。

上肢 / 下肢 / 胸腹部・背臀部

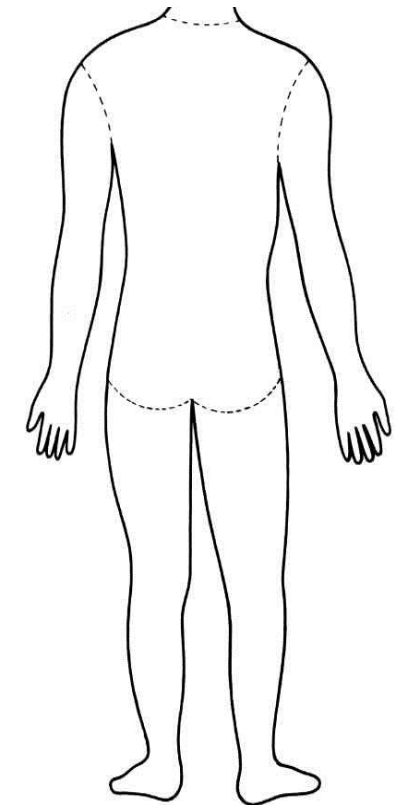


(後頭部)

(前)



(後)



参考になるご意見・ご所見、その他補足等

診断日 : 年 月 日
発行日 : 年 月 日

医療機関の住所

医療機関の名称・科目

医師氏名

印