

診断書

● 医療機関にてご記入いただくものです。
● 診断書料は保険金のお支払対象にはなりません。

氏名	カルテ番号 ()				生年月日	年	月	日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女																																			
	<input type="radio"/> 健保 <input type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> その他 ()																																												
傷病名および受傷部位・態様					発病または受傷の原因 (傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。)																																								
初診日	年	月	日	当該傷病の治療歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (病院名:)																																								
発病日または受傷日	年	月	日	治療時期	年	月	日	~	年	月	日																																		
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容					既往症および既存障害 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (傷病名:)																																								
					[脊椎の障害の場合] 他覚所見の有無、検査結果 画像所見 (X-P・MRI・CT 等) <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 [新鮮 陳旧性 不明] () 神経学的所見 (知覚・筋力・反射 等) <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () その他の異常所見 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()																																								
今回傷病に関して実施した手術					<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 有の場合、以下の手術欄を必ずご記入ください。																																								
手術①	手術名 [診療報酬点数区分コード]	[<input type="radio"/> K <input type="radio"/> J] - []			手術の種類: <input type="radio"/> 開頭術 <input type="radio"/> 穿頭術 <input type="radio"/> 開胸術 <input type="radio"/> 開腹術 <input type="radio"/> その他 ()																																								
	手術日	年	月	日	筋骨関係手術の場合: <input type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血 植皮術の場合: <input type="radio"/> 25cm以上 <input type="radio"/> 25cm未満																																								
手術②	手術名 [診療報酬点数区分コード]	[<input type="radio"/> K <input type="radio"/> J] - []			手術の種類: <input type="radio"/> 開頭術 <input type="radio"/> 穿頭術 <input type="radio"/> 開胸術 <input type="radio"/> 開腹術 <input type="radio"/> その他 ()																																								
	手術日	年	月	日	筋骨関係手術の場合: <input type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血 植皮術の場合: <input type="radio"/> 25cm以上 <input type="radio"/> 25cm未満																																								
医先療進	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	技術名	治療実施日	年	月	日	~	年	月	日	先進医療に係る届出受理日																																		
入院治療	年	月	日	~	年	月	日	実通院治療日 (〇印をつけてください。8ヶ月以上の場合、別紙に記入してください。)																																					
固定具の使用	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 有の場合、以下の欄を必ずご記入ください。																																												
固定具①	ギプス・シャレ等 <input type="radio"/> 副子固定 <input type="radio"/> 硬性コルセット <input type="radio"/> 頸椎装具 (常時装着指示)(注)			<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有																																									
	軟性装具 <input type="radio"/> サポーター等 <input type="radio"/> その他 ()																																												
部位①	年	月	日	~	年	月	日	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計																														
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																												
固定具②	ギプス・シャレ等 <input type="radio"/> 副子固定 <input type="radio"/> 硬性コルセット <input type="radio"/> 頸椎装具 (常時装着指示)(注)			<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有																																									
	軟性装具 <input type="radio"/> サポーター等 <input type="radio"/> その他 ()																																												
部位②	年	月	日	~	年	月	日	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>計</td></tr> <tr><td>月</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>日</td></tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計																														
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日																												
医学的に就業・家事・通学が全く不可能と判断される期間																																													
年	月	日	~	年	月	日	就業復帰見込み																																						
年	月	日	頃																																										
転帰 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 不明 → (有・不明の場合、内容:) ※必ずご記入ください。					治療		<input type="radio"/> 継続	<input type="radio"/> 中止	<input type="radio"/> 転医	保険金の請求意思能力 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有																																			
上記のとおり診断いたします。所在地 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 病院名 _____ 医師氏名 _____																																													

(注)「常時装着」には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴中および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。

