

診 断 書

むちうち症・腰痛の場合、他覚症状の有無を詳細にご記入下さい。

一般財団法人 全国中小企業共済財団 御中

カルテNo.

傷病者	住所		1 健 保	2 国 保	3 労 災	4 自 費	5 自 賠	そ の 他 ()													
	氏名	職 業					性別	男 ・ 女													
		生年月日	年 月 日 () 才																		
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下さい。)																		
初 診 日	年 月 日		発病日または受傷日		年 月 日																
初診から現在までの主要症状並びに治療内容			他覚症状の有無、検査結果 画像診断異常所見 (X-P・CT・MRI・) ☐ 無・ ☐ 有 () 神経系その他異常所見 ☐ 無・ ☐ 有 ()																		
			当該傷病の治療歴 ☐ 無・ ☐ 有 (治療時期 年 月 日) 病院名:																		
			骨粗鬆症について (裏面を参照し該当の記号に○をつけて下さい) (その程度: A・B・C・D・E・F・ア・イ・ウ・エ・オ)																		
			当該傷病と併行して行なった傷病治療 ☐ 無・ ☐ 有 (傷病名:)																		
			既往症 ☐ 無・ ☐ 有 (治療時期 年 月頃) 傷病名:																		
今回の傷病に関して実施した手術 (該当する項目に○印をつけてください)			手術名																		
手術の種類: ☐ 開頭術 ☐ 開胸術 ☐ 開腹術 ☐ ファイバースコープカテーテル等による手術 ☐ その他			手術日		年 月 日																
筋骨関係手術の場合 (☐ 観血 ☐ 非観血) 植皮術の場合 (☐ 25cm ² 以上 ☐ 25cm ² 未満)			手術日		年 月 日																
入院治療			実 通 院 治 療 日 (○印をつけてください)																		
1 回目入院 日間 (うち外泊日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日			月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
2 回目入院 日間 (うち外泊日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日			月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
通院治療 日間 (うち治療実日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日			月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
固定具使用の場合			月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
固定具名 期 間 患者自身による着脱許可			月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
() 年 月 日 ~ 年 月 日 (有・無)			月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
() 年 月 日 ~ 年 月 日 (有・無)			月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
身体が自由に主として摂食・洗面等の起居動作に限られるため、または安静を要するため、通学・就業等が不可能と思われる期間 (無職者についてもご記入ください)			月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
☐ 無・ ☐ 有 年 月 日 ~ 年 月 日			月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
年 月 日 ☐ 治癒 ☐ 継続 ☐ 中止 ☐ 転医			月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
後遺障害残存見込 ☐ 無・ ☐ 有 (内容:)																					

上記の通り診断いたします。

年 月 日

所 在 地

病 院 名

☎

-

-

医師氏名

㊞