

診断書

● 医療機関にてご記入いただくものです。

氏名	カルテ番号 ()	職業	性別	(男) (女)
	生年月日	明(大)昭(平) 年 月 日	才	
	(健保) (国保) (労災) (自費) (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	(無) (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	(無) (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) (無) (有) [(新鮮) (陳旧性) (不明)] () 神経学的所見 (知覚・筋力・反射 等) (無) (有) () その他の異常所見 (無) (有) ()		
今回傷病に関して実施した手術		(無) (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]	[(K) (J) -]	手術の種類: (開頭術) (穿頭術) (開胸術) (開腹術) (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以上) (25cm未満)	
手術②	手術名 [診療報酬点数区分コード]	[(K) (J) -]	手術の種類: (開頭術) (穿頭術) (開胸術) (開腹術) (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以上) (25cm未満)	
医先療進	(無) (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	日間	年 月 日 ~ 年 月 日	実通院治療日 (○印をつけてください。)	
通院治療	日間 (うち実日数)	年 月 日 ~ 年 月 日		
固定具の使用	(無) (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) (副子固定) (硬性コルセット) (頸椎装具) (患者による着脱)	(軟性装具) (サポーター等) (その他) ()	(可) (不可)	
	年 月 日 ~ 年 月 日			
部位①				
固定具②	(ギプス・シャレ等) (副子固定) (硬性コルセット) (頸椎装具) (患者による着脱)	(軟性装具) (サポーター等) (その他) ()	(可) (不可)	
	年 月 日 ~ 年 月 日			
部位②				
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	年 月 日	(治愈) (継続) (中止) (転医)	保険金の請求意思能力	(無) (有) 合計
※必ずご記入ください。				
後遺障害残存見込み	(無) (有) (不明) ⇒ (有・不明の場合、内容:)			
※必ずご記入ください。				
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	印	
		医師氏名		

