

診 断 書

日新火災海上保険株式会社 宛

カルテ No.

傷病者	住所	① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自費 ⑤ その他 ()	
	職業		
	氏名	男・女	明・大・昭・平

傷病名・外傷名または受傷部位・態様

発病日または受傷日 年 月 日 初診日 年 月 日

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。)

初診から現在までの主要症状および治療内容	頸部症候群(むちうち症)・腰痛の場合の医学的他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見)の有無、検査結果 画像(X-P.CT.MRI)所見異常 無・有 () その他異常 無・有 () 当該傷病の治療歴 無・有 (病院名) 治療時期(年 月 日 ~ 年 月 日) イ 上記傷病と併行して行った治療 無・有 (傷病名: 治療期間: 月 日 ~ 月 日) ロ 当該傷病に影響ある既往症 無・有 (傷病名: 発生日時: 年 月 日) ハ 上記イ、ロが今回事故の治療期間に及ぼす影響 無・有 ()
----------------------	--

手術	無・有	今回の傷病に関して実施した手術等の種類	手術名	①		
		開頭術・開胸術・開腹術・胸腔・胸腔ドレナージ・その他	診療報酬点数	①(K・J)-	-	()
		創傷処理 筋肉に達する・達しない	手術区分番号	②(K・J)-	-	()
		筋骨関係手術の場合 観血・非観血	手術日	①	年 月 日	

入院	1回目入院	日間(うち外泊日数)	年 月 日 ~ 年 月 日	実通院治療日数 (○をつけてください。)																	
				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)	年 月 日 ~ 年 月 日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	通院治療	日間(うち治療実日数)	年 月 日 ~ 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	固定した部位(骨・関節):	から	まで	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	固定具・装具名・使用期間			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		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
	() 年 月 日 ~ 年 月 日			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断される期間			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	年月日 ~ 年月日			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	平常の生活(家事・学業等)に支障があると思われる期間			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	年月日 ~ 年月日			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日

現状 年 月 日 治癒 継続 中止 転医 (病院名:)

後遺障害 後遺障害残存見込 有 無 未定 (有・未定の場合には、現状および今後の見込みについてご記入ください)
内容:

上記の通り診断します。 証明日 年 月 日

所在地 〒 - 印
 医療機関名
 診療科名
 医師名 印