

診 断 書

受付No.

カルテNo.																								
傷病者	氏名											住所												
	生年月日	明治	昭和	年	月	日	男・女	健保	労災	国保	自費	職業												
ア. 傷病名 および 受傷部位	○をつけて下さい						傷病名				発生年月日		○をつけて下さい											
	医師推定患者申告						イ. 原因				年 月 日		医師推定患者申告											
既往症・持病	有	病名・治療期間等						前医または紹介医		有	医師名・医療機関等													
	無									無														
治療期間	初診	年 月 日				～ 年 月 日				治療 加療中 中止 転医														
入院期間	第一回目	日間 (外泊日数 日)						第二回目 日間 (外泊日数 日)																
	年 月 日～ 年 月 日 (年 月 日現在入院中)						年 月 日～ 年 月 日 (年 月 日現在入院中)																	
傷病名が悪性 新生物の場合	最終病理組織診断名						診断確定日				患者本人了知の有無													
						年 月 日				了知 有り 無し														
発病(受傷)から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったかご記入下さい)														むちうち症・腰痛の場合のお願い										
														他覚症状(X線、脳波筋電図等の器質的変化)の有無、検査結果をご記入下さい。										
初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等をご記入下さい)														X線異常 無 有 () その他異常 無 有 ()										
今回の傷病 に関して実 施した手術	手術の種類	①開頭術 ②開胸術 ③開腹術 ④ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 ⑤その他						手術名																
	筋骨関係の手術の場合 植皮術の場合	観血手術 非観血手術 25cm以上 25cm未満						手術日		年 月 日														
高度先進医療 について	治療の種類							技術科		受療者が支払った高度先進医療の技術科のみご記入下さい。														
	治療の実施日	年 月 日～ 年 月 日 (実施回数 回)						特定承認保険医療機関となった時期		年 月 日														
放射線照射	部 位						期 間						総線量											
							開始 年 月 日 終了 年 月 日						Gy											
通 院 治 療	通院治療 日間(うち治療実日数 日)								1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計															
	年 月 日～ 年 月 日								17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日															
	実通院治療日(○をつけて下さい)						月		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 16 計						月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計															
	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日						月		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 16 計						月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計															
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日						月		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日																
上記のとおり証明します。																								
平成 年 月 日 所在地																								
病院または診療所等の名称																								
医師氏名																								

お願い：①原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印して下さい。
②訂正の場合、必ず証明印による訂正印を捺印願います。

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。