

# 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( )		職業	性別	(男) (女)
	生年月日		(明)(大)(昭)(平)	年	月 日生 才
	(健保) (国保) (労災) (自費) (その他) ( )				
傷病名(診断確定されたものをご記入ください)			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	治療期間	( 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			既往症および既存傷害	(無) (有) (傷病名: )	
			<b>[脊椎の障害の場合] 他覚所見の有無、検査結果</b> 画像所見 (X-P・MRI・CT 等) (無) (有) [ (新鮮) (陈旧制) (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 <sup>2</sup> 以上) (25cm <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上) (25cm <sup>2</sup> 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		
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 ※必ずご記入ください。		年 月 日	(治癒) (継続) (中止) (転医)	保険金の請求意思能力	(無) (有)
後遺障害残存見込み ※必ずご記入ください。		(無) (有) (不明)	➡ (有・不明の場合、内容: )		
上記の通り診断いたします。					
記入日	年 月 日	所在地	病院名	医師氏名	印

(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。