

診 断 書

全日本火災共済協同組合連合会 御中

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-------------------|---|------------------|---|------|--------|---------------|---------------|
| 1. 氏名 | (カルテ番号:) | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 明・大昭・平 | 年 | 月 | 日生(満才) | | |
| 2. 傷病 | ア.傷病名 | | 傷病発生日(受傷年月日) | | (いずれかに○印をして下さい。) | | | | | |
| | イ.アの原因 | | 年 月 日 | | 医師確定・患者申告 | | | | | |
| | ウ.合併症 | | 年 月 日 | | 医師確定・患者申告 | | | | | |
| 3. 治療期間 | 初診 年 月 日 ~ 終診 年 月 日 (年 月 日 治癒・治癒見込・加療中・転医) | | | | | | | | | |
| | 入院期間 | 第1回目 | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 | 日間 (内外泊日数 日間) |
| | 入院期間 | 第2回目 | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 | 日間 (内外泊日数 日間) |
| | 通院期間 | 第1回目 | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 | 日間 (実通院日数 日間) |
| 通院期間 | 第2回目 | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 | 日間 (実通院日数 日間) | |
| 固定具 | 固定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) 使用固定具: ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、その他() 患者本人による着脱の許可 (有・無) | | | | | | | | | |
| 4. 前医・紹介医 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 傷病名 | 治療期間 | | 医療機関 | | () | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 傷病名 | 治療期間 | | 医療機関 | | () | | | |
| 5. 既往症・持病 (検査内容および検査成績、治療内容、経過等) | | | | | | | | | | |
| むちうち症・腰痛の場合 他覚症状の有無(有・無) X線検査(有・無) | | | | | | | | | | |
| 7. 手術 | ① | 手術名 | 診療報酬点数区分 (K・J -) | | 手術日 | | 手術種類 | 手術内容 | | |
| | ② | 手術名 | 診療報酬点数区分 (K・J -) | | 手術日 | | | | | |
| | 手術の種類: ア.開頭術 イ.穿頭術 ウ.開胸術 エ.開腹術 オ.ファイバースコープまたはカテーテル カ.その他() 手術の内容: 筋骨関係の場合: (1)観血 (2)非観血 植皮術の場合: (3)25cm ² 以上 (4)25cm ² 未満 | | | | | | | | | |
| 実通院治療日 (○印をつけてください) | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | | |
| | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | | |
| | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | | |
| | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | | |
| | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | | |
| | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | 年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | | |
| 8. 後遺障害残存見込 (有・無) (内容:) | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明致します。 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 医療機関名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | 診療科 | | | | | |
| 電話番号 TEL () | | | | | 医師氏名 印 | | | | | |

注)1 訂正・追記の場合、必ず証明印による訂正印を押印願います。

注)2 原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印して下さい。

(2014.10作成)