

# 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	大・昭 平	年 月 日生(満 才)		
2. 傷病	ア.傷病名		傷病発生年月日(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)		
		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)		
	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	年 月頃 ~ 年 月頃	医療機関 ( )			
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療期間	年 月頃 ~ 年 月頃	医療機関 ( )			
6. 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)								
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 年 月 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 年 月 日	手術種類	手術内容		
	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 <sup>2</sup> 以上 (4)25cm <sup>2</sup> 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
	月				月			
	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
	月				月			
	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
	月				月			
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。 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。