

# 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	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	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 通院期間 固定具	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)							
	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		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		傷病名						治療期間		年 月頃～ 年 月頃		医療機関 ( )		
5. 既往症・持病		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		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 ー )				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 ー )				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 月	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 月	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 月	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 月	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 月	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 月	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 月	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 月	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 月	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 月	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 月	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 月	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。 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。

(2019.3改定)