

診断書（診療証明書）

滋賀県共済協同組合 御中

氏名	(カルテ番号:)										性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	大・昭・平 年 月 日生(満 才)												
傷病名											受傷の機転														
受傷日	年 月 日										医学的他覚的所見の有無、検査結果														
初診日	年 月 日										画像診断異常所見 (X-P ・ CT ・ MRI ・) <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () 神経学的所見その他異常所見 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()														
初診時の所見および経過											前医 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 医療機関名 () 担当医師 ()														
											当該傷病の治療歴														
											治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)														
											上記傷病と並行して行った傷病治療														
											<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 傷病名 () 治療時期 (年 月 日 ~ 年 月 日)														
											既往症														
											<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 傷病名 () 発生日 (年 月 日頃)														
○ 創傷処理を行った場合、その傷は筋・腱に <input type="radio"/> 達していた <input type="radio"/> 達していない ○ 筋・腱・靱帯の断裂の場合 <input type="radio"/> 完全断裂 <input type="radio"/> 部分断裂											今回事故の傷病治療期間に及ぼす影響 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()														
熱傷	<input type="radio"/> a I度(表皮) <input type="radio"/> b II度(真皮浅層) <input type="radio"/> c II度(真皮深層熱傷) <input type="radio"/> d III度(皮下損傷)										後遺障害 残存見込	<input type="radio"/> 無 予測される症状・機能障害 () <input type="radio"/> 有 症状固定見込 (年 月頃)													
手術	手術名										診療報酬点数区分 (K・J -)	手術日	年 月 日 <input type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血												
	手術名										診療報酬点数区分 (K・J -)	手術日	年 月 日 <input type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血												
入院期間	1回目 年 月 日 ~ 年 月 日 日間(うち外泊日数 日)										2回目 年 月 日 ~ 年 月 日 日間(うち外泊日数 日)														
通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間(診療実日数 日)																								
固定具使用	固定具名 () <input type="radio"/> 硬性 <input type="radio"/> 軟性 年 月 日 ~ 年 月 日 () <input type="radio"/> 硬性 <input type="radio"/> 軟性 年 月 日 ~ 年 月 日																								
現在の状況	年 月 日 (治癒 ・ 治癒見込 ・ 加療中 ・ 転医)																								
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	計	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
	月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	
		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
	月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	
		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計		
月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計		
月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

上記のとおり証明致します。

医療機関名称
所在地
電話番号 Tel ()

診療科
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。