

診 断 書

むちうち症・腰痛の場合、他覚症状の有無を詳細にご記入ください。

一般社団法人 札幌市PTA共済会 御中

		カルテNo.											
傷病者	住所	1 健 保	3 労 災	5 そ の 他									
	氏名	2 国 保	4 自 費	()									
		職 業											
		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生(才)							
傷病名および受傷部位・態様													
初診日	平成	年	月	日	発症日または受傷日	平成	年	月	日				
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。）													
初診から現在までの主要症状並びに治療内容				むち打ち症・腰痛の場合の他覚症状（レントゲン・脳波・筋電図など器質的変化）の有無									
				検査結果									
				X線異常 有・無（)									
				その他 有・無（)									
				当該傷病の治療歴の有・無（有の場合 病院名：)									
				治療時期（平成 年 月 日)									
				既往症の有・無（有の場合 傷病名：)									
今回の傷病に関して実施した手術（該当する項目に○印をつけてください）													
手術の種類： <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> その他										手術名			
筋骨関係手術の場合（ <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血） 植皮部の場合（ <input type="checkbox"/> 25cm以上 <input type="checkbox"/> 25cm未満）										手術日		年 月 日	
入院治療 日間（うち外泊日数 日）				実 通 院 治 療 日（○印をつけてください）									
年 月 日～ 年 月 日													
通院治療 日間（うち治療実日数 日）				月									
年 月 日～ 年 月 日				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計									
				18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日									
固定具使用期間	① 石膏ギプス・プラスチックキャスト（患者側による取り外しが不可能なもの。ただし、シーネ・シャーレは②へ）			月									
	固定部位（)			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計									
	固定期間 年 月 日～ 年 月 日			18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日									
	② ①以外の固定具 ※内固定、サポーター、テーピング、三角巾、包帯、絆創膏等は除く			月									
	シーネ シャーレ（その他：)			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計									
	固定部位（)			18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日									
固定期間 年 月 日～ 年 月 日			月										
18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計										
就業が全く不可能な期間			月										
年 月 日～ 年 月 日			18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日										
年 月 日			後遺障害残存見込 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容：)										
			治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/>										

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

所在地.....

病院名..... 〆

医師氏名..... 印