

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 行

		カルテ No.													
受傷者	住所	1 健 保	3 労 災	5 そ の 他											
	氏名	2 国 保	4 自 費	()											
		職 業													
		男・女	昭・平	年	月	日	(才)								
診断名および受傷部位・態様															
初 診 日	20	年	月	日	受 傷 日	20	年	月	日						
受傷の原因 (受傷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・筋電図など器質的变化) の有無											
				検査結果											
				X線異常 有・無 ()											
				その他 有・無 ()											
				当該受傷の治療歴の有・無 (有の場合 病院名:)											
				治療時期 (年 月 日)											
				既往症の有・無 (有の場合 傷病名:)											
今回の受傷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)										手術名					
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										
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)											
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日				月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計											
通院治療 日間 (うち治療実日数 日)				月 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日											
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日				月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計											
固定具使用期間	① 石膏ギブス・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)														
	固定部位 ()														
	固定期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日														
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計														
	月 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)														
<input checked="" type="checkbox"/> シーネ <input checked="" type="checkbox"/> シャーレ (その他:)															
固定部位 ()															
固定期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日															
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計															
月 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日															
就業が全く不可能な期間															
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日															
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 計															
月 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日															
20 年 月 日				<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医		後遺障害残存見込 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)									

上記の通り診断いたします。

20 年 月 日

所在地.....

病院名..... ☎

医師氏名..... (印)