

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 日生 (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・筋電図など器質的変化) 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
入院治療合計 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
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		月	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
通院治療 日間 (うち治療実日数 日)		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	計
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		月	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)	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	計
	固定部位 ()	月	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	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
	② ①以外の固定具	月	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	※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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	計
	<input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> シャーレ (その他:)	月	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
固定部位 ()	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	計	
固定期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	月	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <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。

所在地.....

20 年 月 日

病院名..... ☎

医師氏名..... (印)