

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下さい

一般社団法人大日本猟友会 御中

傷病者	住所	カルテ No.	
	氏名	職 業	① 健 保 ② 国 保 ③ 労 災 ④ 自 費 ⑤ その他 ()
		男 ・ 女	明・大・昭・平
傷病名および受傷部位			
初 診 日	年 月 日	発病日または受傷日 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下さい。)			
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		むちうち症・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 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()	
		その他異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()	
		当該傷病の治療歴の <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (病院名:)	
		(年 月 日)	
		既往症の <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (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) 植皮術の場合 (<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		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	
		月 17 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 計	
		月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
固定具使用の場合		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	
使用期間 月 日 ~ 月 日		月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
使用固定具 ギブス、シーネ、ポリネック、コルセット、その他 ()		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	
		月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
就業・家事・通学が全く不可能と判断される期間		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	
年 月 日 ~ 年 月 日		月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	
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。

年 月 日

所在地

病院名

医師氏名