

(保険会社提出用)

診断書

※医師に記入を依頼してください。

患者氏名	患者生年月日	カルテ番号
男・女	年 月 日	
傷病名		
受傷日または発病日	初診日	
年 月 日	年 月 日	
治療期間		
入院	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中
通院	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止
治療内容および受傷・発病後の経過		
海外旅行（クルーズ旅行）を中止するよう指示を出されましたか？		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
「はい」の場合 旅行中止を指示した旅行の出発日： 年 月 日		
当該傷病と関係のある既往症はありますか？		
<input type="checkbox"/> はい（傷病名： ） <input type="checkbox"/> いいえ		
「はい」の場合 治療期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 完治有無： <input type="checkbox"/> 完治していた <input type="checkbox"/> 完治していない		
病院名・医師名		
日付		
年 月 日		
所在地		電話番号
名称		担当医ご署名
		印