

# 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					
症状					
※危篤とは、重症または重病のため生命が危うく予断を許さない状態であると医師が判断した場合をいいます。					
危篤状態にあるでしょうか、またはあったでしょうか					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
「はい」の場合、危篤状態と認められたのはいつでしょうか					
年 月 日 ~ 年 月 日					
危篤の直接の原因となった傷病名と発病日					
傷病名：					
発病日： 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		