

# 診断書

※医師に記入を依頼してください。  
なお、下記内容が含まれていれば、医療機関所定のフォームでも結構です。

患者氏名	患者生年月日	カルテ番号
	年 月 日	
傷病名		
傷病発生年月日	いずれかに○印をしてください	初診日
年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	年 月 日
他の医療機関で治療を受けた場合はその医療機関名	転医日	
	年 月 日	
受傷の原因	妊娠による疾病ですか？	
	<input type="checkbox"/> はい (妊娠 週目) <input type="checkbox"/> いいえ	
当該傷病の治療歴はありますか？		
<input type="checkbox"/> はい ( 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ		
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		
治療期間		
入院	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中	
	室料差額の発生する部屋を利用しましたか？ <input type="checkbox"/> はい (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) (理由: 医師の指示・満床・本人希望・その他: ) <input type="checkbox"/> いいえ	
通院	年 月 日 ~ 年 月 日	
発病または受傷から現在までの経過をお知らせください		
今回の傷病に関して実施した手術		
手術名:		
手術日: 年 月 日 手術番号 K・J - ( - )		
後遺障害の可能性 (傷害の場合)		有の場合、その内容
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
診断日		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止	
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