

# 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	① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自費 ⑤ その他 ( )	職 業
		男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日生(才)
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 checked="" type="checkbox"/> 有 ( ) その他異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( ) 当該傷病の治療歴の <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (病院名: ) ( 年 月 日 ) 既往症の <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他		手術日	年 月 日
筋骨関係手術の場合( <input checked="" type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 ) 植皮術の場合( <input type="checkbox"/> 25cm以上 <input checked="" 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 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計 日
通院治療	日間(うち治療実日数) 日)	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
年 月 日~ 年 月 日	月 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計 日
固定具使用の場合	月 日~ 月 日	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
使用期間	月 日~ 月 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計 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( )	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
就業・家事・通学が全く不可能と判断される期間	年 月 日~ 年 月 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計 日
年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
年 月 日		後遺障害残存見込 <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" 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

印