

診断書

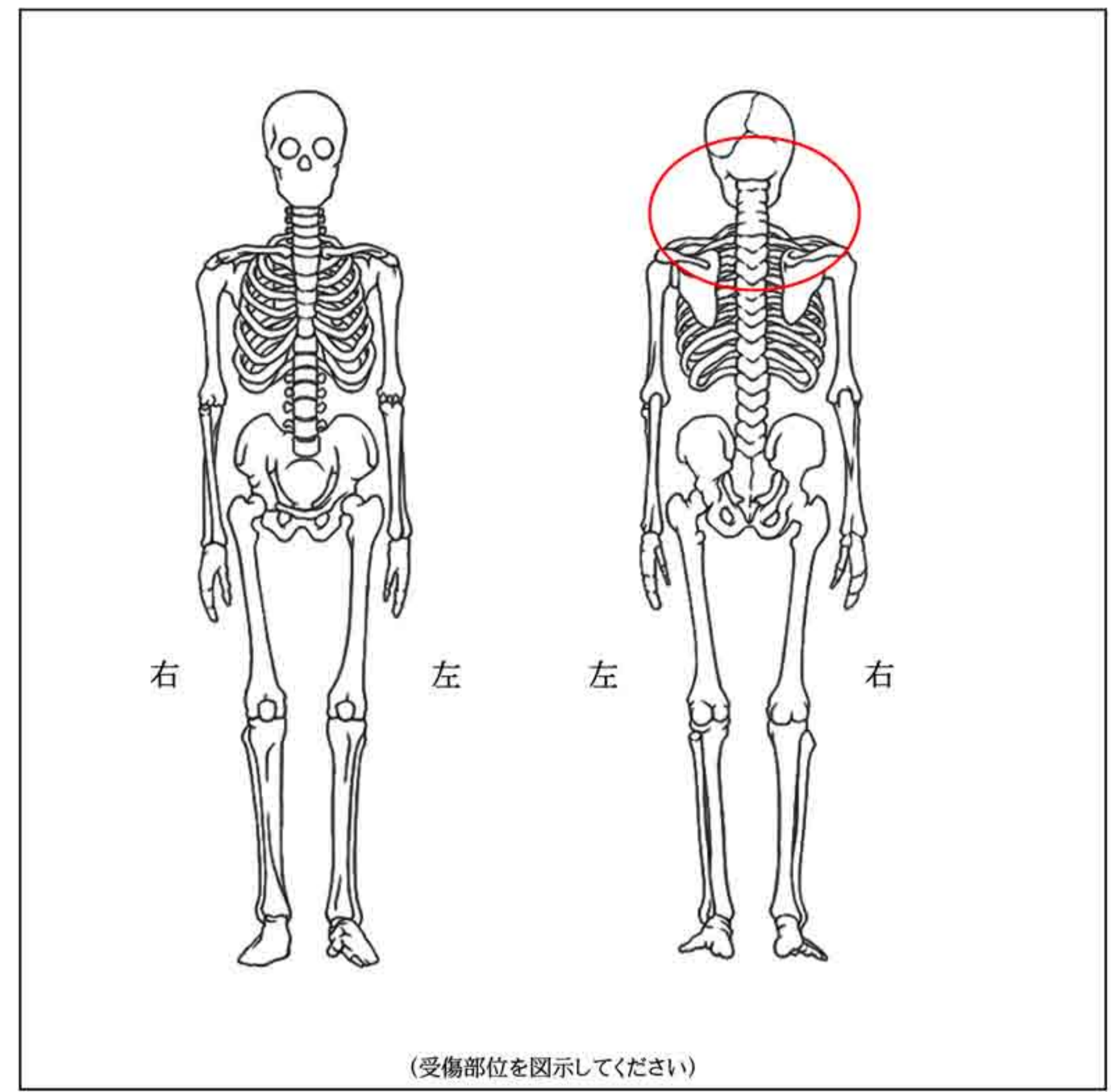
(保険会社使用欄)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----------------|-----------------------------|---|--|
| カルテ番号 | | | | | |
| 傷病者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | | | |
| 傷病名 | 治療開始日 | 治ゆまたは治ゆ見込日(注1) | | (注2)(注1) | |
| 頸椎捻挫 | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治ゆ | <input type="checkbox"/> 治ゆ見込 | |
| 背部 両肩関節打撲傷 | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治ゆ | <input type="checkbox"/> 治ゆ見込 | |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治ゆ | <input type="checkbox"/> 治ゆ見込 | |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治ゆ | <input type="checkbox"/> 治ゆ見込 | |
| 病状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日) <p>(手術のある場合は実施日をご記入ください)</p> 平成 年 月 日 交通事故で受傷。左から衝突された。 頸、背中、両肩が痛くなり、手のしびれもある。当日当院受診。 上記診断で内服とリハビリの治療を行う。 整骨院での鍼灸治療も併用する。 現在加療中 主たる検査所見 | | | | | |
| 初診時の意識障害 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (程度 | 継続期間 | 日 | 時間 | |
| 既往症および既存障害 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (注2)(| | | | |
| 後遺障害の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 未定 | | | | |
| 入院治療 | 日間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | (診断日) | |
| 通院治療 | 14日間(内実日数 7日) | 自 | 至 | <input type="checkbox"/> 治 ゆ | |
| ギブス固定期間 | 固定 除去 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 () | <input checked="" type="checkbox"/> 継 続 | |
| 付添看護を要した期間 | 日間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 転 医 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 中 止 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 死 亡 | |
| | | | | 理由 | |

(注2)(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。
 該当交通事故による傷病の治療上考慮しなければならぬ既往症がある場合は○内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

(裏面も記入願います)



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書(損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。)をご作成願います。
 この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理場必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

上記の通り診断いたします。

(作成日)

[所在地]

[名称]

[医師名]

TEL:

FAX: