全労連共済　御中

診断書

健保・国保・労災・自費・自賠・その他	
カルテ番号	

氏　名		男・女	西暦　　年　　月　　日生	満　　歳
住　所				職業

イ. 入院・通院治療の原因となった傷病名		発病（受傷）日	
		医師推定	年　月　日・不詳
		患者申告	年　月　日
ロ. イの原因		医師推定	年　月　日・不詳
		患者申告	年　月　日

既　往　症（治療期間　　年　月　日から　　年　月　日）

初診年月日	年　月　日	終診年月日	年　月　日	転帰	・治癒　・治療中 ・転医　・中止 年　月　日

入院治療期間	年　月　日～　年　月　日	【外泊日】（記載例 月／日）　合計　日間
	年　月　日～　年　月　日	／　／　／　／　／　／　／ ／　／　／　／　／　／　／

通院治療期間	年　月　日 ～　年　月　日	実通院治療日（○印をご記入下さい。）	合計
	年　月　日 ～　年　月　日	月　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
【就業不能期間】 ※就業・就学・家事労働が不能又は安静加療を要すると認められる期間をご記入下さい		月　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	年　月　日 ～　年　月　日	月　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
【固定具使用期間】		月　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
	年　月　日 ～　年　月　日	月　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
使用固定具 ギブス、シーネ、コルセット その他（　　）		月　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
使用部位		合　計	日間

※後日、当診断書につき貴院に照会をお願いする場合がありますので、その際はよろしくお願いします。

発病（受傷）から初診までの症状経過および初診時の所見

現在までの治療内容および治療の経過

実施した検査	実施日	所見	実施した検査	実施日	所見
X線検査	年　月　日	有・無	筋電図検査	年　月　日	有・無
	年　月　日	有・無	平衡機能検査	年　月　日	有・無
CT検査	年　月　日	有・無	神経学的検査	年　月　日	有・無
脳波検査	年　月　日	有・無	検査	年　月　日	有・無

上記検査所見の内容、および他に他覚的所見があればご記入下さい。

今回の傷病に関して実施した手術および手術日

(1)　年　月　日

(2)　年　月　日

(3)　年　月　日

※植皮術または植皮弁作成術の場合は、その面積もご記入下さい。

今回の傷病に関して実施した放射線療法

(方　法)　　(5週間における照射量)

ラ　ド

後遺障害の見込み	有　・　無　・　未　定

前医	有・無	住所	電話	医師名
			(　　)	
			(　　)	

上記の通り証明いたします。

診　断　日　　年　月　日

診断書発行日　　年　月　日

所在地

病院名

電　話　(　　)

医師氏名　　㊞

(注) 骨折で金具等による固定術を行い将来その抜釘術などのために再入院が必要な場合は、その治療内容、時期および見込み入院日数を「現在までの治療内容および治療の経過」欄に記入して下さい。

加入者の皆様の個人情報は、法令等により開示が必要な場合を除き共済業務遂行の目的以外には利用いたしません。