

診 断 書

一般社団法人 群馬県PTA安全互助会理事長 様

カルテNO.

傷病者	〒 住所	1 健保	2 国保	その他	
	氏名	男・女	3 労災	4 自費	()
		昭・平・令	年	月	日生 歳
傷病名及び受傷部位・態様					
初診日	年 月 日	発病日又は受傷日		年 月 日	
発病又は受傷の原因(傷病者申告の内容を詳細に記入してください。)					
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		むち打ち症、腰痛等の場合の他覚症状 (MRI、レントゲン、脳波、筋電図などの器質的変化)の有無 MRI異常 有() ・ 無 X線異常 有() ・ 無 その他 有() ・ 無 既往症 有(傷病名) ・ 無			
今回の傷病に関して実施した手術の種類 開頭 開胸術 開腹術 その他() 筋骨関係手術(観血・非観血) 植皮術(25以上・25未満)		手術名 手術日 年 月 日			
入院治療 日間(内外泊 日)	年 月 日～ 年 月 日	実通院治療日 (○をつけてください。)			
通院治療期間	年 月 日～ 年 月 日 (内実通院日数 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(日間)	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
使用固定用具 ギプス シーネ ポリネック 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
平常生活に著しい支障をきたす期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	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
		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 治療 継続 中止 転医	後遺障害残存見込 無 ・ 有(内容)				

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所在地

病院名

医師名

電話

印