

交通・傷害事故給付申請用

診断書
(ケガの場合)

むちうち症・腰痛の場合、他覚症状の有無を詳細にご記入ください。

傷病者	住所	カルテNo.	
	氏名	男 女	年 月 日生

(お願い) 訂正の場合、必ず証明者による訂正印をお願いします。

傷病名および受傷部位・態様			
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ください。)			
初診から現在までの主要症状並びに治療内容			
当該傷病の治療歴 (有の場合 病院名:) (治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日)		むち打ち症・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 ※必ずご記入ください。	
既往症 (有の場合 傷病名:)		X 線 異常 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 () その他 異常 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ()	
入院治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日		通院治療期間 (うち治療日数) 年 月 日 ~ 年 月 日	
自宅療養期間 (傷害による就業不能または、登校不能、家事労働不能—交通事故のみ) 年 月 日 ~ 年 月 日		治療の状況 年 月 日 治癒 継続 中止 転医	

手術診療報酬点数800点以上の場合に記入ください。

手術見舞金	①検査・処置は含みません。②枝番・項番までご記入ください。③診療報酬点数に加算点数は含めず表記してください。				
今回の傷病に関して実施した	K・歯科J	コード番号—(枝番)項番	診療報酬点数	手術名	実施年月日
Kコード	<input type="radio"/> K <input type="radio"/> J	— ()	点		年 月 日
Jコード	<input type="radio"/> K <input type="radio"/> J	— ()	点		年 月 日
診療報酬点数	<input type="radio"/> K <input type="radio"/> J	— ()	点		年 月 日

実 通 院 治 療 日 (○をつけてください)																																			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日		

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地
電話番号
病院名
診療科目
医師名

