

診 断 書

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

傷病者		住所	カルテNo.											
		氏名	1 健 保	3 労 災	5 その他									
初診日	年 月 日	発病日または受傷日	2 国 保	4 自 費	()									
			職 業	男・女 明・大・昭・平 年 月 日生(才)										
傷病名および受傷部位・態様														
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			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。											
			X 線: 無 () 有 ()											
			C T: 無 () 有 ()											
			MR I: 無 () 有 ()											
			その他 (検査名及びその結果)											
頭部外傷の場合の意識障害の有・無 有りの場合→経時的变化をご記入ください。			当該傷病の治療歴の有・無 (有りの場合 病院名:) 治療時期 (年 月 日)											
			当該傷病と関係 (有りの場合 傷病名:) のある現症・既往症の有・無 前医名:)											
今回の傷病に関して実施した手術 手術料の算定対象となる医療行為 有・無		実 通 院 治 療 日 (○印をつけてください。)												
手術名 ()		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16										計
手術番号 K・J-()		月		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日
手術日 年 月 日		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16										計
入院治療 日間 (うち外泊日数 日)		月		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										計
通院治療 日間 (うち治療実日数 日)		月		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										計
固定具等使用の場合ご記入ください		月		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日
固定具を「常時装着」※するよう指示した期間の有・無 (※入浴時のみ脱着の場合は「常時装着」とみなします。)		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16										計
有りの場合→その内容をご記入ください (該当する項目に○印をつけてください。)		月		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日
固定具名① (ギブス) (ギブスシニネ) (ギブスシャニレ) (シニネ) (その他) (硬性・軟性 装具名:)		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16										計
固定部位 () から () まで		月		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日
常時装着期間 年 月 日 ~ 年 月 日		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16										計
固定具名② (ギブス) (ギブスシニネ) (ギブスシャニレ) (シニネ) (その他) (硬性・軟性 装具名:)		月		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日
固定部位 () から () まで		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16										計
常時装着期間 年 月 日 ~ 年 月 日		月		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日
先進医療の有・無		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16										計
有りの場合→技術名をご記入ください。		月		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日
①後遺障害の有・無・未定 有りの場合→その内容をご記入ください。 未定の場合→症状固定でない場合は現時点で後遺障害になりうると推定される症状と程度をご記入ください。														
②上記後遺障害の軽減の有・無 有りの場合→その内容をご記入ください。														
後遺障害有りの場合は、別途診断書や画像等をご依頼させていただくこともあります。														

上記の通り診断します。

年 月 日 (治療) (継続) (中止) (転医)

年 月 日 所在地

病院名

電話番号

医師氏名

印