

		カルテ NO.												
傷病者	住所	1 健 保		3 労 災		5 自 賠 責								
		2 国 保		4 自 費		6 その他 ()								
	氏名	職 業												
男・女		大・昭・平		年 月 日生 (才)										
初診日	年 月 日		受傷日	年 月 日										
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。)														
治 療 期 間	総期間	年 月 日 ~ 年 月 日		転帰	治癒・通院中・現在入院中・中止・転院									
	入院期間	第1回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日		退院	入院中									
		第2回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日		退院	入院中									
	通院期間	※通院日に○印をつけてください。	年 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										計 日
			年 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										計 日
			年 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										計 日
			年 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										計 日
			年 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										計 日
			年 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										計 日
	固定具使用の場合	ギブス		使用期間		年 月 日 ~ 年 月 日								
ギブスシャーレ		使用期間		年 月 日 ~ 年 月 日										
コルセット (硬 ・ 軟)		使用期間		年 月 日 ~ 年 月 日										
その他 ()		使用期間		年 月 日 ~ 年 月 日										
医学的に就業・家事・通勤通学が全く不可能とされる期間 年 月 日 ~ 年 月 日				平常の生活又は就業に支障があったと思われる期間 年 月 日 ~ 年 月 日										
頭部外傷の場合の意識障害の有・無 有りの場合 → 経時的変化をご記入ください				後遺障害残存見込 (無しの場合は記入不要です。有りの場合のみご記入下さい) 内容										
・初診時の所見および治療中の経過 (検査内容および検査成績、治療内容、経過など)				他覚的所見：むち打ち症・腰痛の場合 (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： <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () C T： <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () MR I： <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 () その他 (検査名及びその結果) ()										
当該傷病の治療歴の <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (病院名：)				治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)										
「今回の傷病に影響を及ぼした」 既往症・持病 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		(有りの場合、病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。) 病名 医療機関名 医療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃												
今回の傷病に関して実施した手術 (無しの場合は記入不要です。有りの場合のみご記入下さい)	手術の種類	いずれかの番号に○印をしてください↓ 1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術 (開心術を含む) 4. 開腹術 5. 胸腔鏡・腹腔鏡手術 6. 内視鏡またはカテーテルによる手術 7. その他												
		手術名 (経皮的手術・TAE・ドレナージ・シャント術を含む)		手術日		筋骨手術の場合		手掌部・手背部または足底部・足背部に及び		筋・腱・靭帯の処置を伴う		植皮面積		
	手術コード K・J (-)		年 月 日		<input type="radio"/> 親血 <input type="radio"/> 非親血		<input type="radio"/> 及ぶ <input type="radio"/> 及ばない		<input type="radio"/> 伴う <input type="radio"/> 伴わない		25cm ² (以上)・(未満)			

上記の通り診断いたします。所在地

年 月 日 病院名

電話番号

医師氏名

