

医療報告書兼医療照会同意書(様式-7)の治療結果の欄で後遺障害(有)の場合、または当会等から(後遺障害の為の)診断書提出をお願いした場合は、単P保管の共済事業の手引きP30診断書とP58~63共済約款別紙1(後遺障害共済金支払区分表)をコピーして、医師にて等級の判断をお願いします。

(様式-9) Rev.1  
(医療機関において記入)

# 診 断 書

負傷者	住所			
	氏名			
	生年月日	T. S. H. R.          年          月          日生 [          才]		
傷病名				
所見並びに治療内容：				
初診日	令和          年          月          日	通院治療 ○印を記入してください。		
診 療 期 間	通院期間 _____ 日間	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	日
	通院実日数 (          ) 日		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 /	
	令和          年          月          日 ~	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	日
	令和          年          月          日		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 /	
	入院期間 _____ 日間	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	日
	令和          年          月          日 ~		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 /	
	手術の有無          有・無	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	日
	手術名		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 /	
	手術日 令和          年          月          日	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	日
	固定具の使用期間 _____ 日間		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 /	
	令和          年          月          日 ~	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計	日
	令和          年          月          日		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 /	
使用固定具の種類 固定部位 (          ) (          )	令和          年          月          日 治ゆ・治療継続中・転医			
必 須	後遺障害の有・無          ( <input checked="" type="radio"/> ) の場合その内容を詳細に書いてください。			
			障害等級	級
			診断書料金(税込)	円

上記の通り診断いたします。          医療機関名          (          ) 科

令和          年          月          日          住 所

医 師 名          (印)

電 話 番 号

個人情報、法令に則り適切に管理しています。