

診断書 (傷害・賠償共済用)

UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険株式会社 宛

保険金の合計額が30万円以下の場合、原則診断書のご提出は不要です。

傷病者	氏名	カルテ No.
		① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自由診療 ⑤ その他 ()
傷病名・外傷名 または 受傷部位・態様	(男・女)	年 月 日生
	初診日	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	傷病発生年月日	年 月 日
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 (無・有) 治療時期 (年 月 日 ~ 年 月 日) (病院名:) (内容:)	
	治療に影響を及ぼした既往症 (無・有) (傷病名:)	
	頸部症候群 (むちうち症)・腰痛の場合 医学的他覚所見 (理学的検査、神経学的検査、臨床検査、 画像検査等により認められる異常所見)の有無 ・画像所見 (X-P, C.T, MRI) 異常 (無・有) () ・その他所見 異常 (無・有) ()	
今回の傷病に関して実施した手術等の種類 (開頭術・開胸術・開腹術・胸腔・胸腔ドレナージ・その他) 創傷処理 (筋肉に達する・達しない) 筋骨関係手術の場合 (観血・非観血) 植皮術の場合 (25 cm以上・25 cm未満)	手術名 ① ②	
	診療報酬点数 手術区分番号 ① (K・J) ー () ② (K・J) ー ()	
	手術日 ① 年 月 日 ② 年 月 日	
先進医療の実施有無 (無・有) (年 月 日 ~ 年 月 日) 技術名 ()	先進医療に係る届出受理日 (年 月 日)	
入院治療 日間 (うち外泊日数 日) (うち特定集中治療室に入った日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日	固定具を「常時装着」するよう指示した期間 (無・有) (「入浴時以外は装着」したケースは「常時装着」に含めます。)	
通院治療 日間 年 月 日 ~ 年 月 日	固定具名① <input type="checkbox"/> ギブス、ギブスシーネ、ギブスシャーレ、シーネ <input type="checkbox"/> その他 ()	
実通院治療日 (○印をつけてください。)	固定部位① () から ()	
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	常時装着期間① 年 月 日 ~ 年 月 日	
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	固定具名② <input type="checkbox"/> ギブス、ギブスシーネ、ギブスシャーレ、シーネ <input type="checkbox"/> その他 ()	
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	固定部位② () から ()	
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	常時装着期間② 年 月 日 ~ 年 月 日	
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間の有無 (無・有) (年 月 日 ~ 年 月 日) [具体的判断理由]	
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	平常の業務または平常の生活 (更衣・入浴・家事・書字等) に 著しい支障があると判断された期間の有無 (無・有) (年 月 日 ~ 年 月 日) [具体的判断理由]	
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	年 月 日 (治療) (継続) (中止) (転医)	
月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
後遺障害残存見込 (無・有・未定) (有・未定の場合には、現状および今後の見込みについてご記入ください。)		
	症状固定見込年月 年 月 日	

必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。後遺障害保険金のお支払い可能性を確認する必要があります。

上記のとおり診断します。

所在地 〒 ー ー TEL ー ー

医療機関名

診療科名

医師名

印

共済事業局受領日	保険会社受領日