

診 断 書

この診断書の内容につき、後日、ニューインディア保険会社より貴院にご照会申し上げます。その際はよろしくお願いたします。

むち打ち症・腰痛の場合、他覚症状の有無を詳細にご記入ください。

ニューインディア保険会社 提出用

| | | | |
|---|---------------------|---|--------------|
| | | カルテNo. | |
| 傷病者 | 住所 | ① 健 保 ② 国 保 ③ 労 保 ④ 自 費 ⑤ その他 () | |
| | 氏名 | 職 業 | |
| | | ④ 男・⑤ 女 () | 年 月 日生 (才) |
| 傷病名および受傷部位・態様 | | | |
| 初診日 | 20 年 月 日 | 発病日または受傷日 | 20 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 X 線 異常 (無・有) () その他 異常 (無・有) () | |
| | | イ 上記傷害と併行して行った傷病治療の有無 (無・有) (有)の場合の傷病名: () | |
| | | ロ 既往症の有無 (無・有) (有)の場合の傷病名: () 発生時期 (20 年 月頃) | |
| | | ハイ、ロが今回事故の傷病治療期間に及ぼす影響 () | |
| 今回の傷病に関して実施した手術(該当する項目に○印をつけてください) | | 手術名 | |
| 手術の種類: (開頭術) (開胸術) (開腹術) (その他) | | 手術日 | 20 年 月 日 |
| ・肋骨関係手術の場合 ((観血) (非観血)) ・植皮術の場合 ((25cm以上) (25cm未満)) | | | |
| 入院治療 | 日間 (うち外泊日数) 日 | 実通院治療日 (○印をつけてください) 計: 日間 | |
| 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 |
| 通院治療 | 日間 (うち治療実日数) 日 | 月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日 計 |
| 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 |
| 固定具使用の場合 | 使用期間 | 月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日 計 |
| () (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日) | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 |
| () (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日) | | 月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日 計 |
| 医学的に通勤・通学・就業が不可能と判断される期間 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 |
| 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 | | 月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日 計 |
| 平常生活(家事・学業等)に支障があると思われる期間 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 |
| 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 | | 月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日 計 |
| 20 年 月 日 | (治療) (継続) (中止) (転医) | 後遺障害残存見込 (有)・(無) (内容:) | |

他の診断書の発行先 損害保険会社 あいおいニッセイ同和、朝日、共栄、ジェイアイ、セコム、セゾン、損保ジャパン日本興亜、
そんぽ24、大同、東京海上日動、日新、富士、三井住友、AIU、エース、
その他 ()

上記の通り診断いたします。

20 年 月 日 所在地

病院名

☎

医師氏名

Ⓜ