

# 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あげることありますので、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 氏名	① 健保・国保 ② 労災 ③ 自費 ④ その他 ( )		
	(男)・(女)	生年月日	年 月 日生
傷病名または受傷部位・態様			
傷病の原因 傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。			
傷病発生日	年 月 日	前医・紹介医	(無)・(有) 医療機関名
初診日	年 月 日	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
当該傷病の治療歴の有無	(無)・(有)	傷病名	
初診から現在までの経過 治療状況および治療内容			
既往症	(無)・(有) 傷病名:	発生時期	年 月 頃
合併症	(無)・(有) 傷病名:	(ICD-10コード: )	
既往症または合併症が今回の傷病治療期間に及ぼす影響の有無 (無)・(有) ( )			
手術の有無	(無)・(有)	<input type="checkbox"/> 入院による手術 <input type="checkbox"/> 通院による手術	手術日 年 月 日
手術名	診療報酬点数手術区分番号 (K・J - )		
今回の傷病に関して実施した手術の種類 (該当項目に☑をつけてください。)		「頸部症候群(むちうち症)」、「腰痛」、その他の症状を訴えている場合には「医学的 he 覚所見」(レントゲン・脳波・筋電図など器質的変化)の有無、検査結果	
<input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> 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 面積 (☑25cm <sup>2</sup> 以上 ☑25cm <sup>2</sup> 未満)		画像所見 異常 (無)・(有) ( ) その他 異常 (無)・(有) ( )	
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日	うち外泊日数	日
通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日	うち治療実日数	日
固定具使用の有無	(無)・(有)	現在の治療状況 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	
1	固定具名	実通院治療日 (通院した日にちに○印をつけてください。)	
	固定部位	計	
2	固定部位	計	
	常時装着期間	計	
3	固定具名	計	
	固定部位	計	
4	固定部位	計	
	常時装着期間	計	
医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間	(無)・(有)	年 月 日 ~ 年 月 日	計
平常の業務または生活に支障があると判断された期間	(無)・(有)	年 月 日 ~ 年 月 日	計
後遺障害残存見込	(無)・(有)・(未定)	内容	請求意思能力の有無 (無)・(有)
		症状固定見込年月	年 月 日

上記の通り診断します。 年 月 日

所在地

医療機関名

診療科名

医師名

☎

㊞