

診 断 書

日本国家公務員労働組合連合会共済会 用

診断書の記載内容について、当共済会より貴院に照会させていただくこともありますので、その際はよろしくお願いたします。

カルテ番号

傷病者	氏名				住所					
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	西暦	年	月	日生	(歳)	職業	

傷病名	先天性疾患についての所見： <input checked="" type="radio"/> 先天性 <input type="radio"/> 先天性でない <input type="radio"/> 不明				傷病の原因 または誘因				
初診日	年	月	日	発病日または受傷日	年	月	日	(時 頃)	

発病(受傷)から初診までの経過 (いつ頃からどのような症状があったか記入してください)

初診時の所見および経過 (検査成績、治療・手術内容・経過など)

前医または 紹介医	<input checked="" type="radio"/> 有	医療機関名				医師名					
	<input type="radio"/> 無	初診日	年	月	日	治療期間	年	月	日～ 年	月	日
既存・既往症	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	傷病名				治療期間	年	月	日～ 年	月	日

入院 治療	第1回入院	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(日間)
	第2回入院	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(日間)
	第3回入院	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(日間)
	第4回入院	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(日間)

自宅 安静加療	自宅安静加療を必要と認めた期間 (医学的に就業・就学・家事労働が不可能と判断される期間)										
	①	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(日間)
	②	20	年	月	日	～	20	年	月	日	(日間)

通院 治療	治療期間	20 年 月 日 ～ 20 年 月 日 (うち実通院日数 日間)																																
	診療年月	実通院治療日 (○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	日	現在	<input checked="" type="radio"/> 治癒	<input type="radio"/> 寛解	<input type="radio"/> 経過観察	<input type="radio"/> 中止	<input type="radio"/> 転院	<input type="radio"/> 死亡	(後遺障害見込み <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不詳)
---	---	---	----	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

上記の通り診断いたします。 20 年 月 日

所在地 _____

病院名 _____

診療科 (TEL) _____

医師氏名 _____



お願い：訂正(追記)の場合、必ず証明印の押印をお願いします。

kok.2021.11