

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	
		(男)・(女) (男) (大) (小) (平)	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		月 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		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日計
固定具使用の場合		月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日計
固定具名	使用期間	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日計
() (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 ~ 20 年 月 日)		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日計
医学的に通勤・通学・就業が不可能と判断される期間		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		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日計
日常生活(家事・学業等)に支障があると思われる期間		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		月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日計
20 年 月 日	(治療) (継続) (中止) (転医)	月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日計
		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、そんぼ24、大同、東京海上日動、日新、富士、三井住友、A I U、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

☎