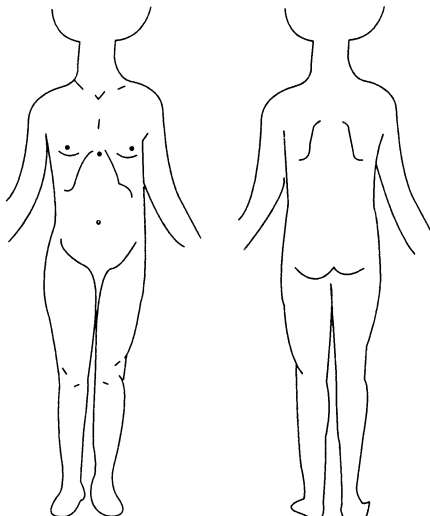


診 断 書

傷 病 者	所 属													
	住 所													
	氏 名	(昭和・平成 年 月 日生 男・女)												
傷 病 名														
傷 病 の 程 度 等	初 診	平成	年	月	日 ()	早朝	・	午前	・	午後	・	夜	・	深夜
	治療見込	平成	年	月	日から平成	年	月	日まで	日間					
	休業見込	平成	年	月	日から平成	年	月	日まで	日間					
	入院見込	平成	年	月	日から平成	年	月	日まで	日間					
	傷病の概要 (検査結果、臨床所見等を含め詳細に記入してください。)													
※腰部及び頸部にかかる傷病については、必ず裏面へ記入してください。														
以上のとおり診断します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 平成 年 月 日 医療機関の </div> <div style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</div> <div style="text-align: left;"> 所在地 名 称 医師名 </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>														

傷病が腰部及び頸部の場合のみ、この面を記入してください。なお、この面を記入していただいた場合の診断書(所見書)料について、療養費請求書裏面の明細書「⑧その他」欄の「診断書(所見書)料」の項に「(腰頸部)」と付記のうえ、2通分の料金をご請求ください。

腰部 及 び 頸 部 の 傷 病 の 程 度 等	脊柱弯曲変化 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 運動障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 腱反射異常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ラセグ徴候 <input type="checkbox"/> 陽性 (度) <input type="checkbox"/> 陰性 筋委縮 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 無	<痛みの部位・知覚障害について図示願います。> 運動痛…○印 圧痛…×印 自発痛…△印 知覚障害…▨印	
	症状・治療内容等		
	X線・MRI・CT等所見 (画像診断を実施した場合は、素因・既存障害等についても記入してください。)		
	腰痛・頸部痛の発症と素因(既往症・退行性疾患など)との関係についての意見		
	※当該症状について、今回のできごとが最も重要な原因となって(医学的に相当因果関係をもって)発症したものであるのか、あるいは、素因又は加齢等に伴う退行性の変化等の関与があるのか、というようなことを災害発生時の状況(体位・姿勢・作業等の内容・取扱物の重量等)から判断して、見解を記入してください。		