

診 断 書



〒107-0051 東京都港区元赤坂1丁目6-6
安全ビル
Tel. 03-4588-7580 Fax. 03-4588-7593

アリアンツ火災海上保険株式会社 御中

カルテNo.	
--------	--

傷病者	住所	健保 国保 労災 自費 その他()			
	氏名	職業			
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 明 <input type="radio"/> 大 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	年	月	日生(才)

初診日	発病日または受傷日
-----	-----------

初診時主訴	最終診断名 (受傷部位)
-------	--------------

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要症状並びに治療内容	むち打ち症・腰痛・頸椎痛の場合の神経学的異常所見 (他覚的所見の有無、知覚・反射の異常、筋力の低下、筋萎縮など) 当該傷病の治療歴の有無 無し 有り(病院名) 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 傷病と関係ある既往症の有無 無し 有り(傷病名)
---	---

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	<input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> その他		
筋骨関係手術の場合(<input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血)	植皮術の場合(<input type="checkbox"/> 25cm ² 以上 <input type="checkbox"/> 25cm ² 未満)	手術日	年 月 日

入院治療	自	年	月	日	実 通 院 治 療 日 (○印をつけてください)																
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	至	年	月	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
				日間(うち外泊 日間)																	
通院治療	自	年	月	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	至	年	月	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
				日間(うち治療実日数 日間)																	
固定具使用の場合	使用期間	自	年	月	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		至	年	月	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	固定具名 ()					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		
	年	月	日	治療 継続 中止 転医	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		

就業・通学・家事労働が全く不可能と思われる期間	自	年	月	日	~	至	年	月	日
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

日常生活(学業・家事等)に支障があると思われる期間	自	年	月	日	~	至	年	月	日
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

後遺障害がある場合はその内容

上記後遺障害の改善の可能性の有無: 有り 無し

他の診断書の発行先: 当該傷病で、他の損害保険会社に診断書を作成した場合、ご記入ください。 保険会社名 ()

上記の通り診断いたします。

年 月 日

所在地: _____

病院名: _____ 電話: _____

医師名: _____ 印