

診 断 書

カルテ番号

傷病者	住 所										
	氏 名	男・女 明・大・昭・平 年 月 日生									
傷 病 名		治 療 開 始 日			治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)						
		年 月 日			年 月 日					治 ゆ 治 ゆ見込 治 ゆ見込 治 ゆ見込 治 ゆ見込 治 ゆ見込 治 ゆ見込	
		年 月 日			年 月 日						
		年 月 日			年 月 日						
		年 月 日			年 月 日						
		年 月 日			年 月 日						
病状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 年 月 日) (手術のある場合は実施日をご記入ください)											
主たる検査所見											
初診時の意識障害		なし・あり(程度 継続期間 日 時間)									
既往症および既存障害		なし・あり (注2)()									
後遺障害の有無について		なし・あり・未定									
入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日								(診断日) 年 月 日		
通院治療	日間 (内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日								治 継 転 中 死 ゆ 続 医 止 亡		
ギブス固定期間	固定 除去 固定具の種類 自 年 月 日・至 年 月 日()										
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日								理由		

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。

(注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は()内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

(裏面も記入願います)

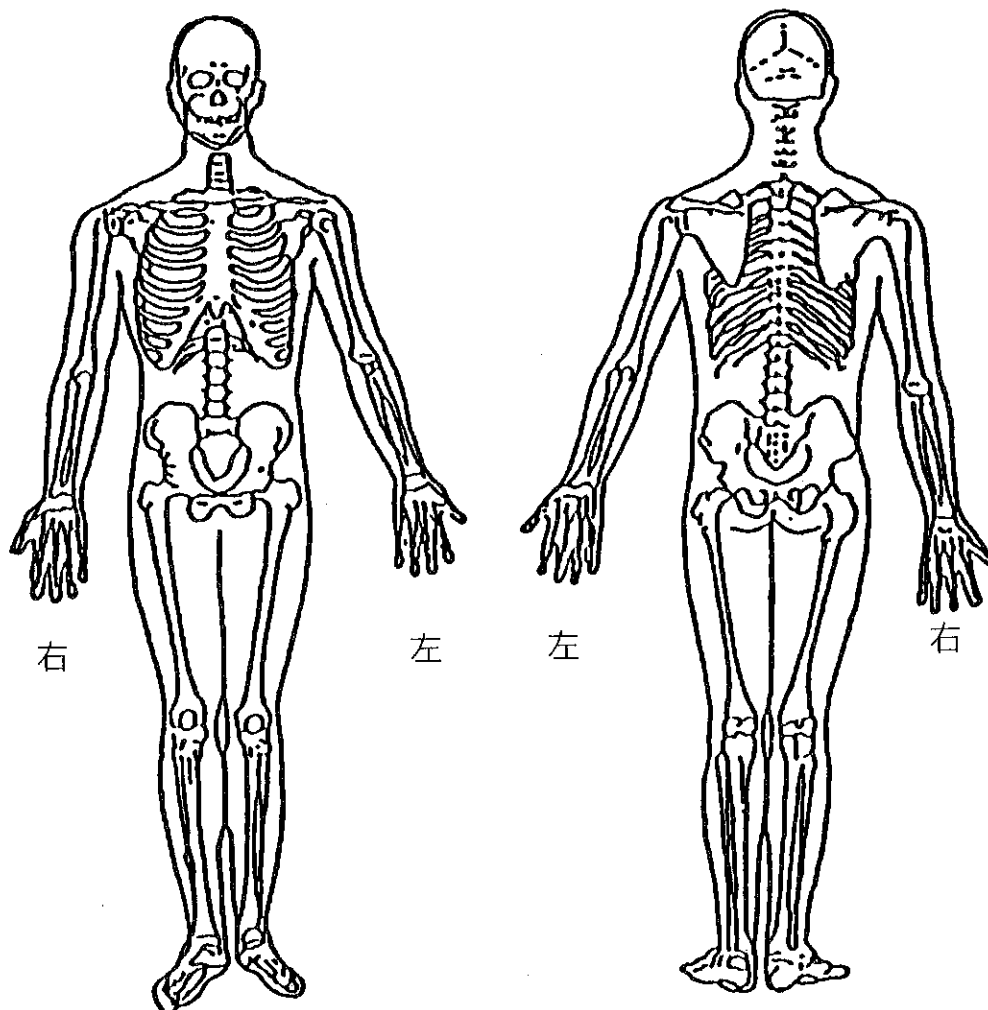
上記の通り診断いたします。

(作成日)
平成 年 月 日所 在 地
名 称
医師氏名

電話

()

印



(受傷部位を図示してください)

後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。
この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容の詳細にご記入願います。

被保険者証の記号・番号										※診療の種 類		健保関係	労 災	自由診療	その他	※傷 病 起 因	業務上	通勤途上	その他				
保険者名										受 傷 日		平成	年	月	日	診療実日数							
氏 名										初 診 日		平成	年	月	日	日							
傷 病 名										診 療 期 間		自平成	年	月	日	※・転 帰 治 癒 継 続 転 医 中 止 死 亡							
診 療 内 容										点 数		金 額		摘 要									
1 1 初 診 時間外・休日・深夜・乳幼児※										点		円											
1 0 再 診																							
1 2 外来管理加算																							
再 時間外																							
診 休 日																							
深 夜																							
1 3 医学管理																							
その他																							
小計																							
2 1 内服 薬剤										単位													
調 剤										× 回													
2 2 屯服 薬剤										単位													
2 3 外用 薬剤										単位													
調 剤										× 回													
2 5 処方										× 回													
2 6 麻毒										回													
2 7 調基										回													
小計																							
3 0 3 1 皮下筋肉内										回													
注 3 2 静脈内										回													
3 3 その他										回													
小計																							
4 0 処 薬 剤 等										回													
置										小計													
5 0 手 麻 薬 剤 等										回													
術 酔										小計													
6 0 検 薬 剤 等										回													
査										小計													
7 0 画 診 フイルム・薬剤等										回													
像 断										小計													
8 0 処方せん										回													
そ りハビリテーション等																							
の 薬 剤 等																							
他										小計													
合 計 (1点単価 円)																							
通 院 日 に																							
○をつけて																							
ください。																							

上記金額を 殿
(に請求・から受領)済であることを証明いたします。
(請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)
平成 年 月 日
所在地
名 称 (床)
医師名 印
電 話

受付印	受付印
-----	-----

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診療内容内訳書

氏 名				
	摘	要	摘	要