

診断書

※医師に記入を依頼してください。
なお、下記の内容が含まれていれば、医療機関所定のフォームでも結構です。

① 患 者 名		② 患者生年月日/性別	
		年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
③ 傷 病 名			
④ 発病日(疾病の場合) / 受傷日(傷害の場合)			
(頃) 年 月 日		⇒左記が不詳の場合は 右のいずれかに印で ご意見をご教示ください。 <input type="checkbox"/> 少なくとも日本入国前 ^前 の発病/受傷と考えられる <input type="checkbox"/> 少なくとも日本入国後 ^後 の発病/受傷と考えられる	
⑤ 初診日		⑥ 受傷の原因(傷害の場合)	
年 月 日			
⑦ 上記傷病の状態および治療内容、発病/受傷後の経過			
⑧ 上記傷病の治療期間および治療状況		⑨ 左記入院期間のうち、室料差額の有無	
入院治療 年 月 日～ 年 月 日 通院治療 年 月 日～ 年 月 日 診断日時点の状況： <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止		<input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 本人(関係者)希望 <input type="checkbox"/> 医師の指示 <input type="checkbox"/> 病院都合 医師の指示 or 病院都合 の場合その理由： [] 治療上必要な期間： 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし	
⑩ 前医・紹介医の有無		⑪ 下記のいずれかに該当の有無	
<input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 前医 <input type="checkbox"/> 紹介医 医療機関名：[] 治療期間： 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 妊娠、出産、早産、または流産に起因する症状である <input type="checkbox"/> 歯科疾病である <input type="checkbox"/> 業務または通勤に起因する症状である <input type="checkbox"/> いずれにも該当なし	
⑫ 上記傷病と関係のある既往症・治療歴の有無			
<input type="checkbox"/> あり⇒傷病名：[] 治療期間： 年 月 日～ 年 月 日 上記傷病の治療状況： <input type="checkbox"/> 完治していた <input type="checkbox"/> 完治していなかった <input type="checkbox"/> なし			
⑬ 後遺障害残存見込の有無(傷害の場合)		⑭ 左記後遺障害の軽減の有無(傷害の場合)	
<input type="checkbox"/> あり⇒内容：[] 症状固定見込： 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定		<input type="checkbox"/> あり⇒内容：[] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定	

上記のとおり診断します。 年 月 日

所 在 地：
医療機関名： TEL：
医 師 名： 印