

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																
初診日	年 月 日	男() 女() 明() 大() 昭() 平()	年 月 日生(才)															
初診時主訴	発病日または受傷日 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)		最終診断名(受傷部位)																
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)																		
手術の種類		開頭術	開胸術															
筋骨関係手術の場合(観血 非観血)		開腹術	その他															
植皮術の場合(25cm ² 以上 25cm ² 未満)		手術名																
		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)																
	至 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
通院治療	自 年 月 日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	至 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
固定具使用の場合	使用期間 自 年 月 日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	至 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
固定具名 ()		月	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		月	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