

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			
		男 女 明 大 昭 平	年	月	日生(才)

初診日	年 月 日	発病日または受傷日	年 月 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	開頭術	開胸術	開腹術
	筋骨関係手術の場合(観血 非観血)	植皮術の場合(25cm ² 以上 25cm ² 未満)	その他
		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)																
	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)																
	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)																
	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)																
	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)																

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