

(保険会社提出用)

診断書

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (医師の診断書)

保険金請求額が30万円を超える場合や保険会社が依頼した場合に、この診断書をお取り付けください  
なお、以下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)患者氏名 Patient's name  |   | (2)患者生年月日 Patient's Date of Birth                           |  |
| (姓)<br>Last Name  | (名)<br>First Name   | Month(月) _____ / Day(日) _____ / Year(年) _____               |  |
| (3)発症日または受傷日 Date of illness (first symptom) or injury  |   | (4)初診日 Date of first consultation                           |  |
| Month(月) _____ / Day(日) _____ / Year(年) _____   |   | Month(月) _____ / Day(日) _____ / Year(年) _____               |  |
| (5)診断名または症状 Diagnosis or condition of illness or injury   |   |   |  |
| (6)妊娠による疾病ですか? Is condition due to pregnancy? If yes, how many weeks pregnant is the patient?   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ No <input type="checkbox"/> はい Yes ⇒ _____ 週目 weeks  |   |   |  |
| (7)既往症がある場合は、最初の発病日をご記入ください<br>If patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation.   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ No <input type="checkbox"/> はい Yes ⇒ _____ / _____ / _____<br>Month(月)/ Day(日) / Year(年)   |   |   |  |
| (8)治療期間 Date of services  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 往診 Home Visit(s)   | Month(月)/ Day(日) / Year(年)<br>From _____ / _____ / _____ (から) | Month(月)/ Day(日) / Year(年)<br>To _____ / _____ / _____ (まで) | How Many? _____ Times(回)   |
| <input type="checkbox"/> 外来通院 Outpatient Care   | From _____ / _____ / _____ (から)                               | To _____ / _____ / _____ (まで)                               | How Many? _____ Times(回)   |
| <input type="checkbox"/> 入院 Hospitalization   | From _____ / _____ / _____ (から)                               | To _____ / _____ / _____ (まで)                               |  |
| (9)ホテルでの静養が必要でしたか?<br>Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? If yes, please specify the reason  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ No <input type="checkbox"/> はい Yes ⇒ From _____ / _____ / _____ (から) To _____ / _____ / _____ (まで) 理由 Reason ( _____ )<br>Month(月)/Day(日)/Year(年)    Month(月)/Day(日)/Year(年) |   |   |  |
| (10)後遺障害(ケガの場合)の可能性はありますか?<br>Is there any possibility of physical or functional permanent disability due to the injury?  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ No <input type="checkbox"/> はい Yes ⇒ 詳細 Details ( _____ )  |   |   |  |
| (11)診断日 Date of final assessment  |   |   |  |
| Month(月) _____ / Day(日) _____ / Year(年) _____   |   | <input type="checkbox"/> 治癒 Healed                          | <input type="checkbox"/> 継続中 Treatment is continuing                       |
|   |   | <input type="checkbox"/> 転院・転医 Referred                     | <input type="checkbox"/> 中止 Discontinued <input type="checkbox"/> 死亡 Death |
| 医療機関名 Hospital name   |   | 電話 TEL  | 日付 Date  |
|   |   |   | _____ / _____ / _____<br>Month(月)/ Day(日) / Year(年)                        |
| 住所 Address  |   | 担当医ご署名 Signature of Attending Physician                     |  |
|   |   |   |  |