

診断書(傷害用)

一般財団法人地方競馬共済会 提出用

傷病者申告内容の詳細な記入をお願いします。

「頸部症候群(むちうち症)」、「腰痛」その他の症状を訴えている場合は、「医学的他覚所見」(注1)の有無の詳細な記入をお願いします。

複数の手術を実施した場合(注2)の「記入をお願いします」

カルテNo.		① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自由診療 ⑤ その他 ()	
傷病者	氏名	男・女	生年月日 西暦 年 月 日
傷病名・外傷名または受傷部位・態様		前医または紹介医	治療期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 傷病名: 医療機関名:
初診日 年 月 日		受傷日	年 月 日
受傷または発病の原因		画像診断 (無・有) (診療報酬点数画像診断区分番号 E -)	
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容		「頸部症候群(むちうち症)」、「腰痛」その他の症状を訴えている場合には「医学的他覚所見」(注1)の有無、検査結果 X線異常 無・有 () その他異常 無・有 ()	
入院治療 年 月 日 ~ 年 月 日		手術名	① (K・J - -) ② (K・J - -)
救急救命入院または集中治療室管理の有無 (無・有) (診療報酬点数特定入院料区分番号 A -)		手術日	① 年 月 日 ② 年 月 日
◆「ギプス等」(注2)を「常時装着」(注3)した期間		今回の傷病に関して実施した手術等の種類 創傷処理の場合 筋肉に <input type="checkbox"/> 達する <input type="checkbox"/> 達しない 植皮術の場合 <input type="checkbox"/> 25cm以上 <input type="checkbox"/> 25cm未満	
固定具名①	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> 硬性コルセット <input type="checkbox"/> その他 ()	先進医療の実施	技術名 年 月 日 ~ 年 月 日 無・有 受療者が負担した技術料 円
固定具を装着した部位①	長管骨 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 橈骨・尺骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨・腓骨 脊柱 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨	オンライン診療日をご記入ください。 (/) (/) (/) (/) (/) (/) 通院治療日(往診日含む)に○印をつけてください。	
	上・下肢の三大関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> ひじ関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> ひざ関節 <input type="checkbox"/> 足関節		
常時装着期間①	年 月 日 ~ 年 月 日	計 日	
固定具名②	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> 硬性コルセット <input type="checkbox"/> その他 ()	計 日	
固定具を装着した部位②	長管骨 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 橈骨・尺骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨・腓骨 脊柱 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨	計 日	
	上・下肢の三大関節 ※長管骨を含めずに装着した場合は下欄「その他」にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> ひじ関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> ひざ関節 <input type="checkbox"/> 足関節	計 日	
常時装着期間②	年 月 日 ~ 年 月 日	計 日	
◆「ギプス等」(注2)以外の固定具等の連続装着期間		医学的に就業が全く不可能と判断された期間の有無 無・有 [年 月 日 ~ 年 月 日]	
固定具等名称		無・有 [年 月 日 ~ 年 月 日]	
固定具等を装着した部位		今後の入院・通院治療の有無 無・有 後遺障害残存見込 無・有	
連続装着期間	年 月 日 ~ 年 月 日	[内容:]	

上記の通り診断します。 年 月 日

所在地 〒 電話番号

医療機関名

診療科名 医師名 (印)

(注1)「医学的他覚所見」とは、理学的検査(視診・打診・聴診・触診)、神経学的検査(知覚検査・腱反射・筋力テスト等)、臨床検査(脳波、筋電図等の生理機能検査)、画像検査(レントゲン・CT・MRI)等により認められる異常所見を指します。

(注2)「ギプス等」とは、ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネその他これらに類するもの(※)をいいます。

(※)硬性コルセット、創外固定器、その他医学上ギプスと同程度の安静を保つために用いるものをいい、バスタバンド、軟性コルセット、サポーター、頸椎カラー、厚紙副子、ニーブレース等は含まれません。

(注3)「常時装着」には、「入浴時のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」等の状態を含みます。