

給付金請求額が 10 万円以下の場合には、「診療状況申告書」をご提出いただくことにより、「診断書」のご提出にかえることができます。「診断書」をご提出いただく際は、「診療状況申告書」は不要ですが、以下のような場合には、「診療状況申告書」のご提出をお願いすることがあります。(例)・2 つ以上の医療機関で治療され、一部の医療機関のみ「診断書」を取得されている場合。・「診断書」取得後に再び医療機関で治療されている場合。

診療状況申告書

一般財団法人地方競馬共済会 宛

以下の申告に相違ありません。また、貴会より必要と認められた場合には、改めて貴会所定の「診断書」を提出します。

		利用保険	健保・国保・労災・自費・その他()		
		作成日	年 月 日		
ご申告者	おケガをされた方が未成年の場合には、親権者の方がご記入ください。	おケガをされた日	年 月 日		
おケガをされた方 (補償の対象者)	ご申告者に同じ ご申告者と異なる場合には、以下に「おケガをされた方」をご記入ください。	生年月日			性別
		西暦	年 月 日	男・女	
医師に診断された傷病名 (外傷名)					
おケガをされた体の部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> てん部 (左記以外) <input type="checkbox"/> 腕(手指以外)・ <input type="checkbox"/> 手(左・右)手指 <input type="checkbox"/> 足(足指以外)・ <input type="checkbox"/> 足(左・右)足指				
おケガの症状	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> じん帯損傷 <input type="checkbox"/> 腱の断裂 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 熱傷 (その他の場合)			縫合の有無(無・有) キズの長さ cm	
固定具等の使用の有無	常時装着された固定具等の種類(※)		常時装着された固定具等の使用期間		左記固定具による腕(肩から手首まで)または脚(足の付け根から足首まで)の全部または一部の固定有無
	無・有	ギプス・シーネ・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・創外固定器・硬性コルセット・その他()	年 月 日から 年 月 日まで (使用期間: 日間)	無・有	
		ギプス・シーネ・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・創外固定器・硬性コルセット・その他()	年 月 日から 年 月 日まで (使用期間: 日間)	無・有	
画像診断の有無 無・有 ⇒ レントゲン・CT・MRI・その他()					
入院治療された期間		通院(オンライン診療を除く)して実際に治療を受けた日に○印をご記入ください。			
年 月 日～ 年 月 日 (集中治療室管理等(※): 無・有)		*「診断書」をご提出いただいた場合には、「診断書」記載以外の、通院して実際に治療を受けた日について○印をご記入ください。			
オンライン診療(※)を受けた場合のみご記入ください。					
オンライン診療日 (/) (/) (/) (/) (/) (/)					
医療機関名 ()					
手術等実施の有無	手術名 ()				
	手術コード (K・J) 手術日: 年 月 日				
無・有 ⇒	手術名 ()				
	手術コード (K・J) 手術日: 年 月 日				
後遺障害残存見込	内容 ※有の場合、内容をご記入ください。				
無・有 ⇒					
最終治療日	年 月 日 (今後の治療予定) 無・有				
診察券コピー貼り付け位置 <診察券がない場合にはこの欄にご記入ください。> ※2つ以上の医療機関で治療された場合は、裏面もご利用ください。					
医療機関名:					
電話番号: — —					
所在地: 〒					
診療科名: 科					
医師名:					

※医療機関「」欄の「○」を記入してください。

治療を受けた医療機関(通院治療の場合は通院日を○印で)記入された医療機関)について、貼り付けまたはご記入ください。

必ず記入してください。

2つ以上の医療機関で治療された場合は、「診察券」を1枚だけ貼ってください。○印(通院)・□印(無病)・△印(無病)・▽印(無病)・◇印(無病)・○印(通院)と記入してください。

【お読みください】

「申告書」のご記入に際しては、医療機関にご確認のうえ、正確にご記入をお願いいたします。特に「医師に診断された傷病名(外傷名)」「固定具等の使用の有無」「画像診断の有無」「集中治療室管理等の有無」「手術等実施の有無」「先進医療の受療の有無」欄は、ご担当の医師に十分ご確認ください。また、「申告書」のご記入内容に関して、後日弊会からご申告者等にご照会をさせていただくことがございますので、ご了承願います。

(※)「常時装着」とは、日常生活全般において「固定具等」を常に使用している状態をいい、「入浴時のみ固定具等を取り外す」、「就寝時のみ固定具等を取り外す」、「入浴時および就寝時のみ固定具等を取り外す」等の状態を含みます。また、主な「固定具の種類」につきましては、裏面に説明を記載しておりますので、ご参照ください。

(※)「集中治療室管理等」「オンライン診療」につきましては、裏面に用語のご説明を記載しております。

主な「固定具の種類」のご説明

固定具の種類	ご説明
ギプス	一般的には石膏ギプスをいい、速乾性の石膏を包帯等に塗布して患部の固定力を高めます。なお、最近では水硬性樹脂を含んだグラスファイバーでできたプラスチックギプスが主流となりつつあります。
シーネ	「副木・副子・添え木」のことをいいます。それらを当てた上から包帯等を巻いて、患部を固定するために使用します。
ギプスシーネ	ギプスの材料で作った「副木・副子・添え木」を四肢に当てて固定するものをいいます。
ギプスシャーレ	ギプスを半分に切り、「皿」と「ふた」にしたものをいいます。処置を行うときは「ふた」を外し、それ以外のときは「ふた」をして包帯等を巻きつけて、患部を固定します。
創外固定器	身体の外から骨に太いピンを通し、これを金属棒で連結したものをいいます。
硬性コルセット	脊柱を完全に固定するものをいいます。

※装具は身体の一部を外部から支えて関節の動きを制限したり、保護することで、変形の矯正、関節運動の補助、疼痛の軽減などを図る医療用具として固定具には含みません。

用語のご説明

集中治療室管理等	公的医療保険制度における医科診療報酬点数表において、次のいずれかの算定対象となる診療行為をいいます。 ・救命救急入院料 ・集中治療室管理料(医科診療報酬点数表において列挙されている名称中に「集中治療室管理料」を含むもの)
オンライン診療	公的医療保険制度における医科診療報酬点数表におけるオンライン診療料の算定対象となる診療行為をいいます。

診察券コピー貼り付け位置 (2つ以上の医療機関で治療された場合にご利用ください。)

治療を受けられた医療機関(通院治療の場合は通院日を表面に△印でご記入された医療機関)について、貼り付けまたはご記入ください。

△

<診察券がない場合にはこの欄にご記入ください。>

医療機関名： _____
 電話番号： _____
 所在地：〒 _____
 診療科名： _____ 科
 医師名： _____

治療を受けられた医療機関(通院治療の場合は通院日を表面に□印でご記入された医療機関)について、貼り付けまたはご記入ください。

□

<診察券がない場合にはこの欄にご記入ください。>

医療機関名： _____
 電話番号： _____
 所在地：〒 _____
 診療科名： _____ 科
 医師名： _____

上記の欄で不足する場合には、以下の余白部分に貼り付けまたはご記入ください。