

診断書

早稲田大学 行

傷病者	住所 〒 -	カルテNo.
	氏名	1 健保 2 国保 3 労災 4 自由診療 5 その他 ()
		昭和 平成 年 月 日生 男 女
傷病名・外傷名または受傷部位・態様		発病または受傷の原因 (傷病申告の内容を詳細にご記入ください)
初診日	年 月 日	発病日または受傷日 年 月 日
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		当該傷病の治療歴 <input checked="" type="radio"/> 有 (病院名:) 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 傷病と関係ある既往症 <input checked="" type="radio"/> 有 (傷病名:) 頸部症候群 (むちうち症)・腰痛の場合 医学的他覚所見 (理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見)の有無 ・画像所見 (X-P.CT.MRI) 異常 <input checked="" type="radio"/> 有 () ・その他の所見 異常 <input checked="" type="radio"/> 有 ()
入院治療 日間 (うち外泊日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日	実通院治療日 (○をつけてください)	
入院治療 日間 (うち治療実日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
固定具を「常時装着」するよう指示した期間 (「入浴時以外は装着」したケースは「常時装着」に含めます) 固定具名 使用期間 () (年 月 日 ~ 年 月 日) () (年 月 日 ~ 年 月 日)	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
医学的に就学が全く不可能と判断された期間の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 [年 月 日 ~ 年 月 日] 具体的判断理由 []	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
平常の生活 (更衣・入浴・家事・書字等) に支障があると判断された期間の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 [年 月 日 ~ 年 月 日] 具体的判断理由 []	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
後遺障害残存見込 <input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 未定 (有の場合には、現状および今後の見込みについてご記入ください)		年 月 日 治癒 継続 中止 転医

上記の通り診断します。

年 月 日

所在地 〒 -

医療機関名

診療科名

医師名

印