

診 断 書

早稲田大学 行

		カルテNo.																																														
傷病者	住所 〒 ー		1 健保 2 国保 3 労災 4 自由診療 5 その他（ ）																																													
	氏名		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 無 有 （病院名： ）																																												
				治療期間（ 年 月 日～ 年 月 日）																																												
				傷病と関係ある既往症 無 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 無 有 （ ） ・その他の所見 異常 無 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）																																												
通院治療		日間（うち治療実日数 日） 年 月 日～ 年 月 日		<table><tr><td rowspan="3">月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3"></td></tr><tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr><tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>												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
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）		<table><tr><td rowspan="3">月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3"></td></tr><tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr><tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>												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		
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 無 ・ 有 〔 年 月 日～ 年 月 日〕 具体的判断理由 〔 〕		<table><tr><td rowspan="3">月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3"></td></tr><tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr><tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>												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		
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 無 ・ 有 〔 年 月 日～ 年 月 日〕 具体的判断理由 〔 〕		<table><tr><td rowspan="3">月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td rowspan="3"></td></tr><tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr><tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>												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		
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																																				
		年 月 日 治癒 継続 中止 転医																																														
後遺障害残存見込 無 ・ 有 ・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）																																																

上記の通り診断します。

年 月 日

所在地 〒 ー

TEL

医療機関名

診療科名

医師名

印