

通院証明書(災害用)

本証明書では、「災害通院(災害による入院後の通院を含みます。)」 「特定損傷」給付金のみ、ご請求いただくことができます。(入院/手術給付金のご請求には使用できません)

1.氏名		フリガナ	カルテ番号	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	
2.傷病	ア. 通院の原因となった傷病名	通院の原因となった傷病名を記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください			
		ICD10コード						年 月 日	
	イ. アの原因	アの原因となった傷病名や事故を記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください			
		ICD10コード						年 月 日	
	ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)	ア、イ以外の、通院治療の必要があった傷病(合併症を含む)があれば記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください			
		ICD10コード						年 月 日	
	エ. アの初診日	年 月 日	アの治療状況			<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 転医
3.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療期間	年 月 日～	年 月 日	医療機関 医師名			
4.既往症・持病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療期間	年 月 日～	年 月 日	医療機関 医師名			
5.通院	今回の治療にともなう通院日(往診日を含む)を○で囲んでください								合計日数
	年 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	合計	日					
	年 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	合計	日					
	年 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	合計	日					
	年 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	合計	日					
	年 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	合計	日					
	年 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	合計	日					
	年 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	合計	日					
*合計通院日数を必ず記入してください⇒合計通院日数									
6.受傷から初診までの経過(受傷状況詳細、いつごろからどのような症状があったか等を記入してください)									
7.初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)									
8.頭部症候群または腰痛の場合の他覚症状(外傷についての画像所見による器質的損傷所見や神経学的テスト、脳波・筋電図などの所見)		X線検査の異常所見	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	ありの場合詳細:					
		その他の異常所見	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	ありの場合詳細:					
9.特定損傷	該当する箇所に☑してください		損傷部位			以下に該当する場合は☑してください			
	<input type="checkbox"/> 骨折 *軟骨骨折は除く					<input type="checkbox"/> 病的骨折 *骨折原因と考えられる傷病名: _____			
	<input type="checkbox"/> 関節脱臼 *半月板損傷・断裂は除く					<input type="checkbox"/> 先天性脱臼 <input type="checkbox"/> 病的脱臼 <input type="checkbox"/> 反復性脱臼			
	<input type="checkbox"/> 腱の断裂 *靭帯の断裂・損傷は除く					<input type="checkbox"/> 疾病を原因とするもの *腱断裂原因と考えられる傷病名: _____			
10.平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になおった日					年	月	日		
上記の通り証明(診断)します					(証明日)		年	月	日
病院、診療所 または施設の		所在地 名称 診療科 電話番号	医師(柔道整復師)氏名			印			

【お願い】訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印してください。