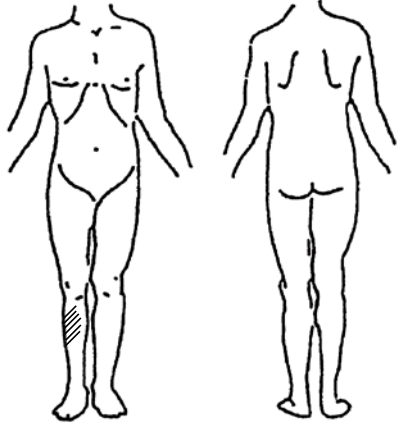



診 断 書
（ 施 術 証 明 書 ）

（認定請求用）

被災職員	氏名 新宿 太郎	傷病名 右下腿骨骨折
	生年月日 昭和42年2月1日（50歳）	初診日 平成29年7月5日
災害発生日 平成29年7月5日		
脊 柱 弯曲変化 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 運動性 痛みの部位（右図示） 運動痛（○印） 圧 痛（×印） 自発痛（△印）	神経学的症状 運動障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 知覚障害（図示） 腱反射異常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ラゼーグ徴候 <input type="checkbox"/> 陽性（ 度） <input type="checkbox"/> 陰性 筋 萎 縮 <input type="checkbox"/> 有（部位： ） <input type="checkbox"/> 無	
問診所見 作業中、杭が右下腿部に当たり負傷		
臨床所見（X線・MRI・血液等） X-P上、骨折所見		
症状、治療内容 固定（シーネ）		
本件傷病の主な発症原因（素因・既往病歴との因果関係を含め、ご教示ください。） 杭が当たったことによる		
・療養見込み 29年7月6日 から約 3日 ・ 4ヶ月 の療養を要す見込み ・休業見込み 29年7月6日 から約 27日 ・ 7ヶ月 の休業を要す見込み		
現在又は最終診断時の状態 29年7月6日 現在 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医		
今後の見通し 骨癒合認められれば、治ゆ		
上記のとおり診断（証明）します。 平成 29年7月6日		
所在地 千代田区永田町〇-〇 名 称 関東整形外科病院 医師名 関 東 次 郎 （柔道整復師）		

※公務災害・通勤災害の認定請求をされる場合、診断（証明）書は、原則としてこの用紙を使用してください。

※診断書の作成にあたっては、裏面を参照してください。

診 断 書
（ 施 術 証 明 書 ）

（認定請求用）

被災職員	氏名 新宿 二郎	傷病名 腰椎捻挫
	生年月日 昭和44年 1 月 2 日（48歳）	
災害発生日 平成29 年 5 月 10 日	初診日 平成29 年 5 月 10 日	
脊 柱	神経学的症状	
弯曲変化 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	運動障害 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 知覚障害 (図示)	
運動性	腱反射異常 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
痛みの部位 (右図示)	ラゼーグ徴候	
運動痛 (○印)	<input type="checkbox"/> 陽性 (度)	
圧 痛 (×印)	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性	
自発痛 (△印)	筋 萎 縮	
	<input type="checkbox"/> 有 (部位:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
問診所見 ゴミを運んでいるとき、足を滑らせて腰を捻った。		
臨床所見 (X線・MRI・血液等) 単純X線上、特記すべき所見なし。		
症状、治療内容 腰部の運動痛、圧痛著明。湿布処方の上、腰部固定。		
本件傷病の主な発症原因 (素因・既往病歴との因果関係を含め、ご教示ください。) 素因・既往との因果関係はないと考えられる。 作業中に体勢を崩したため、筋肉等に損傷がおきたものと思われる。		
・療養見込み 平成 29 年 5 月 10 日から約 14 ㊦・ヶ月の療養を要す見込み ・休業見込み 平成 29 年 5 月 10 日から約 10 ㊦・ヶ月の休業を要す見込み		
現在又は最終診断時の状態 平成 29 年 5 月 18 日現在 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医		
今後の見通し 安静加療により疼痛軽減の見込み。		
上記のとおり診断（証明）します。 平成29年 5 月 18 日	所在地 千代田区永田町〇-〇 名称 関東整形外科病院 医師名 関 東 次 郎 (柔道整復師)	

※公務災害・通勤災害の認定請求をされる場合、診断（証明）書は、原則としてこの用紙を使用してください。
※診断書の作成にあたっては、裏面を参照してください。