都支部様式第２６号

**診断書**

**（施術証明書）**（認定請求用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被災職員 | 氏　名 | 傷病名 |
| 生年月日　　　年　　　　月　　　　日（　　歳）　 |
| 災害発生日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 初診日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 脊　柱弯曲変化　☐　有　　　　　☐　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　　☐　有　　☐　無　知覚障害　　（図示）　腱反射異常　☐　有　　☐　無　　ラゼーグ徴候　　☐　陽性　（　　　度）　　☐　陰性　筋　萎　縮　　☐　有　（部位：　　　　　　）　　☐　無 | 診断証明書人体略図 |
| 問診所見 |
| 臨床所見（Ｘ線・ＭＲＩ・血液等） |
| 症状、治療内容 |
| 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。） |
| ・療養見込み　　　　　年　　　　月　　　　日から約　　　　日・ケ月の療養を要する見込み・休業見込み　　　　　年　　　　月　　　　日から約　　　　日・ケ月の休業を要する見込み |
| 現在又は最終診断時の状態　　　　　　年　　　月　　　日現在　☐治ゆ　☐死亡　☐中止　☐継続中　☐転医 |
| 今後の見通し（治ゆ見込　　　年　　　月頃） |
| 上記のとおり診断（証明）します。年　　月　　日 | 所在地名　称医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印（柔道整復師） |

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

※診断書(施術証明書)の作成にあたっては、裏面を参照してください。

**診断書**

都支部様式第２６号

**（施術証明書）**（診療機関用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被災職員 | 氏　名 | 傷病名 |
| 生年月日　　　年　　　　月　　　　日（　　歳）　 |
| 災害発生日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 初診日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 脊　柱弯曲変化　☐　有　　　　　☐　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　　☐　有　　☐　無　知覚障害　　（図示）　腱反射異常　☐　有　　☐　無　　ラゼーグ徴候　　☐　陽性　（　　　度）　　☐　陰性　筋　萎　縮　　☐　有　（部位：　　　　　　）　　☐　無 | 診断証明書人体略図 |
| 問診所見 |
| 臨床所見（Ｘ線・ＭＲＩ・血液等） |
| 症状、治療内容 |
| 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。） |
| ・療養見込み　　　　　年　　　　月　　　　日から約　　　　日・ケ月の療養を要する見込み・休業見込み　　　　　年　　　　月　　　　日から約　　　　日・ケ月の休業を要する見込み |
| 現在又は最終診断時の状態　　　　　　年　　　月　　　日現在　☐治ゆ　☐死亡　☐中止　☐継続中　☐転医 |
| 今後の見通し（治ゆ見込　　　年　　　月頃） |
| 上記のとおり診断（証明）します。年　　月　　日 | 所在地名　称医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印（柔道整復師） |

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

※診断書(施術証明書)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)の作成等について

１　診断書(施術証明書)の作成につきましては、様式の記載項目について、わかる範囲で所見等を記入してください。

２　傷病の発症と素因との関係については、災害発生時の業務内容から判断して、主治医、柔道整復師としての見解を記載願います。

３　診療機関の所在地、名称等の記載は、スタンプを押印する方法によっても差し支えありません。

　４　認定請求用のみ、本人に交付してください。

地方公務員災害補償基金東京都支部　　補償第一・二担当　TEL 03(5272)5433・5434