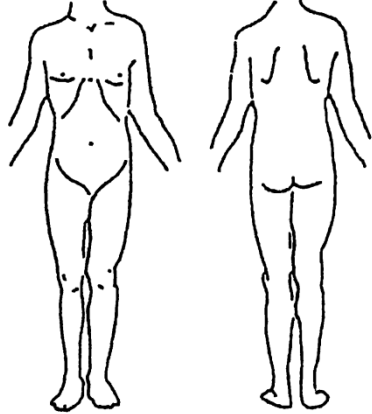
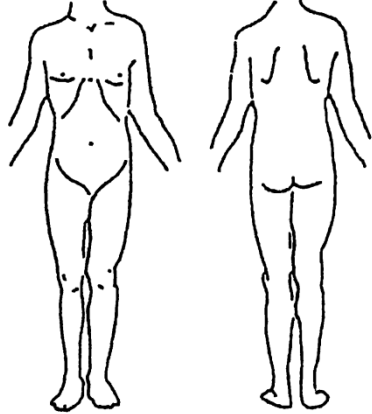
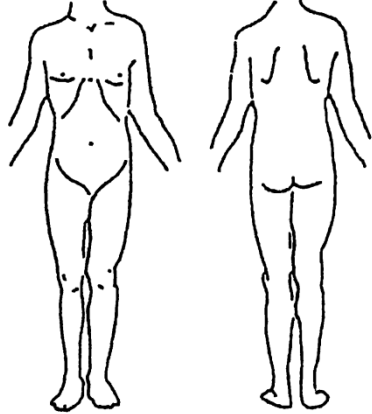


# 診 断 書

## ( 施 術 証 明 書 )

(認定請求用)

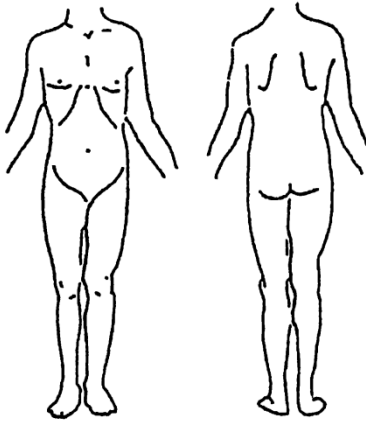
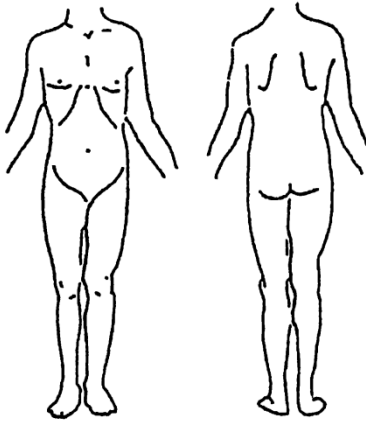
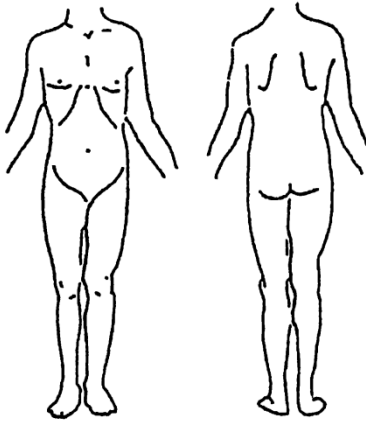
被災 職員	氏 名  生年月日      年      月      日 (      歳)	傷病名										
災害発生日      年      月      日		初診日      年      月      日										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>脊 柱</b>                       弯曲変化    <input type="checkbox"/> 有                                        <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)                 </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>神経学的症状</b>                       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                 </td> <td style="width: 40%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> </tr> </table>			<b>脊 柱</b>  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)	<b>神経学的症状</b>  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								
<b>脊 柱</b>  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)	<b>神経学的症状</b>  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												
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。)												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">・療養見込み</td> <td style="width: 15%;">年      月</td> <td style="width: 15%;">日から約</td> <td style="width: 30%;">日・ヶ月の療養を要する見込み</td> </tr> <tr> <td>・休業見込み</td> <td>年      月</td> <td>日から約</td> <td>日・ヶ月の休業を要する見込み</td> </tr> </table>			・療養見込み	年      月	日から約	日・ヶ月の療養を要する見込み	・休業見込み	年      月	日から約	日・ヶ月の休業を要する見込み		
・療養見込み	年      月	日から約	日・ヶ月の療養を要する見込み									
・休業見込み	年      月	日から約	日・ヶ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 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医												
今後の見通し  <div style="text-align: right;">(治ゆ見込      年      月頃)</div>												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;">上記のとおり診断 (証明) します。</td> <td style="width: 55%;">所在地</td> </tr> <tr> <td>年      月      日</td> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td></td> <td>医師名</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">印</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">(柔道整復師)</td> </tr> </table>			上記のとおり診断 (証明) します。	所在地	年      月      日	名 称		医師名		印		(柔道整復師)
上記のとおり診断 (証明) します。	所在地											
年      月      日	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 )

(診療機関用)

被災職員	氏 名  生年月日      年      月      日 (      歳)	傷病名						
災害発生日      年      月      日		初診日      年      月      日						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>脊 柱</b>                       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)                 </td> <td style="width: 35%; vertical-align: top;"> <b>神経学的症状</b>                       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                 </td> <td style="width: 35%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> </tr> </table>			<b>脊 柱</b>  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)	<b>神経学的症状</b>  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				
<b>脊 柱</b>  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)	<b>神経学的症状</b>  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								
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。)								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">・療養見込み</td> <td style="width: 25%;">年      月      日から約</td> <td style="width: 50%;">日・ヶ月の療養を要する見込み</td> </tr> <tr> <td>・休業見込み</td> <td>年      月      日から約</td> <td>日・ヶ月の休業を要する見込み</td> </tr> </table>			・療養見込み	年      月      日から約	日・ヶ月の療養を要する見込み	・休業見込み	年      月      日から約	日・ヶ月の休業を要する見込み
・療養見込み	年      月      日から約	日・ヶ月の療養を要する見込み						
・休業見込み	年      月      日から約	日・ヶ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 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医								
今後の見通し  <div style="text-align: right;">(治ゆ見込      年      月頃)</div>								
上記のとおり診断 (証明) します。  年      月      日		所在地 名 称 医師名 (柔道整復師)      印						

※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