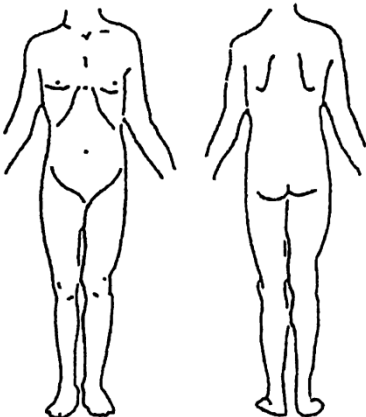
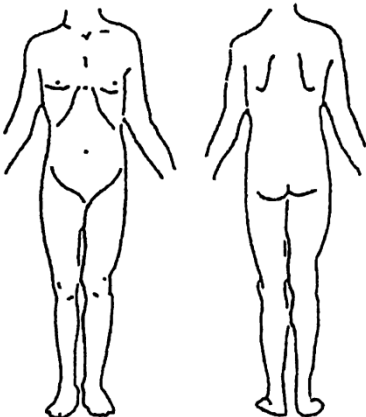
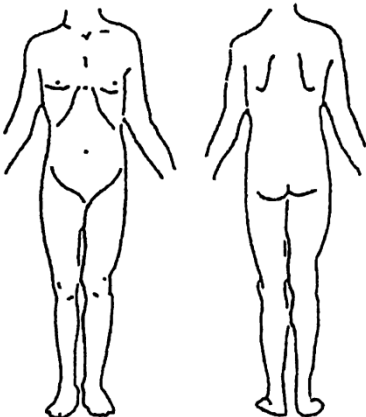


診 断 書

(施 術 証 明 書)

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--------|--------------------|----------------|--|---------|
| 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;"> 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) </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> 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 </td> <td style="width: 40%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> </tr> </table> | | | 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 |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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> | | | | | | | | | | |
| <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>(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 | | (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 | | | | | | | | | |
| | (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。