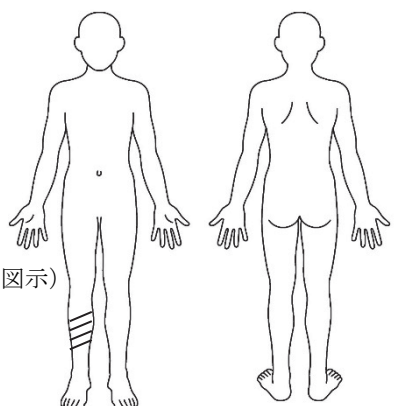


診 断 書

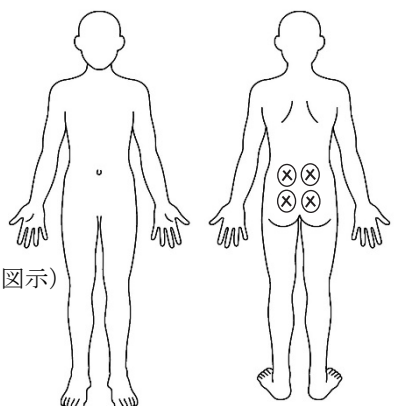
(施 術 証 明 書)

被災職員	氏 名 <p style="text-align: center;">新宿 太郎</p> 生年月日 平成 2 年 2 月 2 日 (33 歳)	傷病名 <p style="text-align: center;">右下腿骨骨折</p>
災害発生日 令和 5 年 5 月 2 日		初診日 令和 5 年 5 月 2 日
問診内容 (初診) 積み上げられた杭を取ったところ、突然、杭の山が崩れし、その中の1本が飛び跳ねて、右足のすねに強く当たって激痛を感じ動けなくなった。		
身体所見 脊 柱 神経学的症状 運動障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 知覚障害 (右図示) 腱反射異常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 筋萎縮 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)	関節 可動域の状況 可動域制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 ()	 <p>痛みの部位 (右図示) 運動痛 (○印) 圧 痛 (×印) 自発痛 (△印)</p>
検査所見 (X線・MRI・CT・血液等) X-P上、骨折所見		
治療内容・経過 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の有無) 杭が当たったことによる		
・療養見込み 令和 5 年 5 月 3 日から約 3 日・ <u>ケ月</u> の療養を要する見込み ・休業見込み 令和 5 年 5 月 3 日から約 27 <u>日</u> ・ <u>ケ月</u> の休業を要する見込み		
現在又は最終診断日 (令和 5 年 5 月 3 日現在) の所見及び今後の見通し <p style="text-align: center;">骨癒合が認められれば、治ゆ</p>		
本診断書 (施術証明書) 記載日の状態 <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 (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 不明 (理由:) 治ゆ見込 令和 5 年 8 月頃		
上記のとおり診断 (証明) します。 令和 5 年 5 月 3 日	所在地 千代田区永田町〇-〇-〇 名 称 関東整形外科病院 医師名 関東 次郎 (柔道整復師) (自署又は押印)	

- 注 1 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。
 2 診断書(施術証明書)等の作成にあたっては、裏面を参照してください。
 3 全診療科共通の様式です。(柔道整復師の場合は施術証明書になります。)

診 断 書

(施 術 証 明 書)

被災職員	氏 名 <p style="text-align: center;">新宿 二郎</p> 生年月日 昭和 55 年 5 月 5 日 (44 歳)	傷病名 <p style="text-align: center;">腰椎捻挫</p>
災害発生日 令和 5 年 5 月 9 日		初診日 令和 5 年 5 月 9 日
問診内容 (初診) ゴミを運んでいるとき、足を滑らせて腰を捻った。		
身体所見 脊 柱 神経学的症状 運動障害 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 知覚障害 (右図示) 腱反射異常 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 筋委縮 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (部位:)		関節 可動域の状況 可動域制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他  痛みの部位 (右図示) 運動痛 (○印) 圧 痛 (×印) 自発痛 (△印)
検査所見 (X線・MRI・CT・血液等) 単純X線上、特記すべき所見なし。		
治療内容・経過 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の有無) 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、筋肉等に損傷が起きたものと思われる。		
・療養見込み 令和 5 年 5 月 10 日から約 21 日 (日)・ヶ月の療養を要する見込み ・休業見込み 令和 5 年 5 月 10 日から約 10 日 (日)・ヶ月の休業を要する見込み		
現在又は最終診断日 (令和 5 年 5 月 18 日現在) の所見及び今後の見通し 安静加療により疼痛軽減の見込み。		
本診断書 (施術証明書) 記載日の状態 <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 (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 不明 (理由:) 治ゆ見込 令和 5 年 6 月頃		
上記のとおり診断 (証明) します。 令和 5 年 5 月 18 日		所在地 千代田区永田町〇-〇-〇 名 称 関東整形外科病院 医師名 関東 次郎 (柔道整復師) (自署又は押印)

注 1 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。

注 2 診断書(施術証明書)等の作成にあたっては、裏面を参照してください。

注 3 全診療科共通の様式です。(柔道整復師の場合は施術証明書になります。)