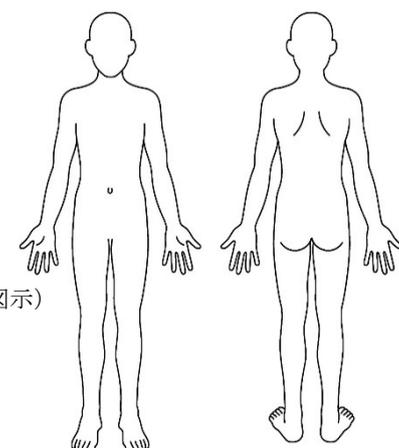


# 診 断 書 ( 施 術 証 明 書 )

<b>被災職員</b>	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
問診内容 (初診)		
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 [    ]	痛みの部位 (図示) 運動痛 (○印) 圧 痛 (×印) 自発痛 (△印) 
検査所見 (X線・MRI・CT・血液等)		
治療内容・経過		
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)		
・療養見込み    令和           年           月           日から約           日・ヶ月の療養を要する見込み ・休業見込み    令和           年           月           日から約           日・ヶ月の休業を要する見込み		
現在又は最終診断日 (           年           月           日現在) の所見及び今後の見通し		
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 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           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  (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)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入力してください。
- 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。  
なお、医師名は自署又は押印してください。
- 4 診断書による文書料は非課税です（消費税法施行令第14条第19項及び地方公務員災害補償法第65条）。
- 5 医療機関等でも控えを保管してください。