都支部様式第26号

**診断書**

**（施術証明書）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |
| 問診内容（初診） | | | | | |
| 身体所見  脊　柱  神経学的症状  運動障害　　☐　有　□　無  知覚障害　（右図示）  腱反射異常　☐　有　□　無  筋萎縮　　　☐　有　□　無  （部位：　　　　　　　　　） | | 関節  可動域の状況  可動域制限　　☐　有　□　無  その他  痛みの部位（図示）  運動痛（〇印）  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・ケ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・ケ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  ☐治ゆ　☐死亡　☐中止　☐継続中　☐転医（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □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。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。

地方公務員災害補償基金東京都支部　　補償第一・第二担当　TEL 03(5320)7363・7364