

# 診 断 書

AIU損害保険株式会社 御中

傷病者	住所	カルテNO.			
	氏名	1 健 保	3 労 災	5 自 賠 責	
		2 国 保	4 自 費	6 その他( )	
職業	男・女 大・昭・平 年 月 日生(才)				
初診日	年 月 日	受傷日	年 月 日		

傷病名および受傷部位・態様

受傷の原因(傷病者の申告内容を詳細にご記入ください。)

治療期間	総期間	年 月 日 ~ 年 月 日		転帰	治療・通院中・入院中・中止・転医										
	入院期間	第1回目入院	年 月 日 ~		年 月 日	退院	入院中								
第2回目入院		年 月 日 ~		年 月 日	退院	入院中									
通院期間	※通院日に○印を付けてください。	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										計	日	
固定具使用の場合	固定部位														
	名称と期間	ギブス・ギブスシャーレ	常時装着を指示した期間		年 月 日 ~	年 月 日									
		ギブスシーネ・シーネ	常時装着を指示した期間		年 月 日 ~	年 月 日									
		コルセット(軟・硬)	常時装着を指示した期間		年 月 日 ~	年 月 日									
その他( )		常時装着を指示した期間		年 月 日 ~	年 月 日										

筋・腱・靭帯の場合 ⇒ 完全断裂 部分断裂 残存する後遺障害が有る場合にご記入ください(無し・不明の場合は記入不要です。)  
後遺障害の内容

・初診時の所見および治療中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過など) ・頭部外傷の場合の意識障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有りの場合 ⇒ 経時的変化をご記入ください	他覚的所見:頸部痛・腰部痛の場合(レントゲン・脳波・筋電図など器質的変化)の有無:検査結果 ※必ずご記入ください X線: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) CT: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) MRI: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) その他(検査名及びその結果) ( )
--	--

当該傷病の治療歴 無 有 (病院名: ) 治療期間( 年 月 日 ~ 年 月 日)

「今回の傷病に影響を及ぼした」既往症・持病 無 有 病名 (有りの場合、病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。)  
医療機関名 治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃

今回の傷病に関して実施した手術 (無しの場合は記入不要です有りの場合のみご記入ください)	手術名 (経皮的手術・TAE・ドレナージ・シャント術を含む)	手術の種類	筋骨手術の場合	手掌・手背または足掌・足背に及ぶ	防壁・筋層の処置を伴う	植皮面積	手術日
	K・J( - )	1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む) 4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術 6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。	○	○	○	25cm <sup>2</sup> 以上	年 月 日
	K・J( - )	1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む) 4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術 6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。	○	○	○	25cm <sup>2</sup> 以上	年 月 日
その他	先進医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有りの場合、技術名を記入してください。( )					

他の診断書の発行先 損害保険会社:共栄・損保ジャパン・ジェイアイ・東京海上日動・あいおいニッセイ同和・富士・日本興亜・三井住友・アメリカンホーム・エース・チューリッヒ・その他( )

上記の通り診断いたします。

年 月 日

所在地  
病院名  
電話番号  
医師氏名

代理店受付日	保険会社受付日
年 月 日	年 月 日



FNLIA39-332-201304

304-332 4-13(TF)

