

傷 害 保 険 診 断 書

Chubb 損害保険株式会社 行

傷病者	住所	〒 _____ ー _____	生年月日	(大) (昭) (平) _____ 年 _____ 月 _____ 日生()才			
		職業	_____				
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自由診療	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 労災		
傷病名 (受傷部位・態様)							
傷病の原因 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 外傷以外 <input type="checkbox"/> 不詳 傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。							
初診日		_____年 _____月 _____日	受傷日(発病日)	_____年 _____月 _____日			
初診時の意識障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度 _____)	継続期間 _____日 _____時間				
既往症・持病		<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 傷病名: _____ <input type="checkbox"/> 無	治療期間 (_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日)				
前医または紹介医		<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病院名: _____ <input type="checkbox"/> 無	医師名: _____ 初診日 _____年 _____月 _____日頃				
入院治療		第1回目 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	うち外泊日数(0~24時 終日病院を不在にした日数): _____日				
		第2回目 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	うち外泊日数(0~24時 終日病院を不在にした日数): _____日				
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容			該当する場合、以下にご記入ください。				
			『胸腰椎の変形障害』の場合				
			画像所見 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI 測定日 _____年 _____月 _____日				
			変形の程度	椎体番号 (圧迫骨折部位)	新鮮 (今回の外傷による)	陳旧 (以前から存在した)	椎体高(mm) 前縁 後縁
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
今回の傷病に関して実施した手術			『骨粗鬆症』の検査をされている場合				
手術①	手術名 (診療報酬点数区分番号)	《 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J - _____ 》	骨密度	骨量(DIP値) _____ 測定日 _____年 _____月 _____日			
	手術日	_____年 _____月 _____日		若年成人の平均的骨量と比較した骨量(YAM値) _____%			
手術②	手術名 (診療報酬点数区分番号)	《 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J - _____ 》		患者様の年齢に照らした平均的骨量と比較した骨量 _____%			
	手術日	_____年 _____月 _____日	加齢変性の程度評価 <input type="checkbox"/> 認めない <input type="checkbox"/> 年齢相応程度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 著明				
固定具の常時装着を指示した期間			『人工骨頭・人工関節挿入術』の場合 術後の該当関節可動域が健側可動域角度の1/2以下に制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
固定具①	固定具名	_____	実通院治療日 (○印をつけてください)				
	使用期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 _____日			
固定具②	固定具名	_____	月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 _____日			
	使用期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 _____日			
医学的に就業が全く不可能と判断される期間			月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 _____日			
具体的判断理由 [_____]			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 _____日			
転帰	_____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 _____日			
後遺障害残存見込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 (有・不明の場合には、現状および今後の見込みについてご記入ください。)			合計 _____日			

「不詳」の場合、推定される時期のご記入をお願いいたします。

上記のとおり診断いたします。

年 _____ 月 _____ 日 診断書代金 _____円	所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師名 _____ (印)	弊社受領日 _____
-----------------------------------	---	-------------