別紙様式１４

入院証明書・障害診断書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 |  | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 入院見舞金請求様式 | 傷　　病　　名 | 傷病発生年月日 |
| ア.治療の原因となった傷病名及び受傷部位・症状 |  | 年　　　月　　　日 |
| イ.アの原因 |  | 年　　　月　　　日 |
| ウ.合併症 |  | 年　　　月　　　日 |
| 治療期間 | 初診　　　　年　　　　月　　　　日　～　終診　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　年　　　　月　　　　　日　現在加療中） |
| 入院期間等 | 第1回入院　　 　　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　年　　　　　月　　　　日第2回入院　　 　 　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　年　　　　　月　　　　日第3回入院　　　 年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　年　　　　　月　　　　日 （　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　現在入院中） | 備　　考 |
|  |
| ○発病（受傷）から初診までの経過（いつ頃からどのような症状があったか簡潔にご記入ください） |
| 手　術 | 手術名 |  |
| 手術内容 |  |
| 障害見舞金請求様式 | 障害名（部位を明記） |  |
| 原因となった疾病・外傷名 |  |
| 疾病・外傷発生年月日 | 　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 手　術 | 手術名 |  |
| 手術内容 |  |
| (1)初診時の病状及び経過(注1・図示欄)(2)現在の状態の詳細(3)障害機能回復の意見**【必須記入事項】　□傷病が治っていない　　□傷病が治っている　　　治った日(※)　　　　年　　　　月　　　　日****※「治った」とは、療養が終了しており、かつ症状が固定している状態を意味します。** |
| 署名・押印欄 | 上記のとおり診断する　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診断年月日　　　　年　　　月　　　日本診断書発行年月日　　　　年　　　月　　　日病院、診療所若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所（氏名）　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

(注1) 特に切断の場合は、傷害部位及び状態を図示欄に図示して下さい。関節障害の場合は関節の運動範囲を、視力障害の場合は矯正視力等をわかりやすく記入

して下さい。病院の様式で詳細の障害状態を記載した診断書等がある場合は、別途添付してください。