別紙様式１４

　　　入院証明書・障害診断書（入院の伴う障害診断書の場合）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | | |  | | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成　　 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） | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| (1)初診時の病状及び経過  (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】　□傷害が治っていない　　□傷害が治っている**  **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。** | | | | | | | | | |
| 入院見舞金・障害見舞金共通 | 手術 | 手術名 | |  | | | | | 手術日　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 手術内容 | |  | | | | | | |
|  | 備　考 | |  | | | | | | |
| 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) 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、

脳卒中、僧帽弁膜狭窄等を記入してください。

(注2) 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。