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。