

診 療 録

公費負担者番号								保険者番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

公費負担医療の受給者番号								被保険者手帳 記号・番号							(枝番)
--------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	------

受診者	氏名							被保険者氏名								
	生年月日	明大昭平令	年	月	日生	男・女	資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日					
	住所	電話						局	番	所在地						
										名称						
	職業	被保険者との続柄						所在地	電話	局	番					
名称																

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日

傷病名	労務不能に関する意見			入院期間		
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付				
	自 月 日 日間	年 月 日	年 月 日	自 月 日 日間	自 月 日 日間	自 月 日 日間
	自 月 日 日間	年 月 日	年 月 日	自 月 日 日間	自 月 日 日間	自 月 日 日間
	自 月 日 日間	年 月 日	年 月 日	自 月 日 日間	自 月 日 日間	自 月 日 日間

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨

備考	公費負担者番号						
	公費負担医療の受給者番号						