

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						所在地					
	職業					被保険者との続柄	所在地					
							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	至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	日間
	自 月 日	至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	日間
	自 月 日	至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 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					