

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																		
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		電話		局		番			
	職 業				被保険者 との続柄				保 険 者		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 至 月 月 日 日間						年 月 日									
			自 至 月 月 日 日間						年 月 日									
			自 至 月 月 日 日間						年 月 日									
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							