

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 資 格 種 別	記号・番号	・ (枝番)								
	生 年 月 日	明大昭平令				年	月	日生	男・女	有 効 期 限	令和 年 月 日							
	住 所	電話 局 番						（船舶所有者） 事業所	被 保 険 者 氏 名									
	職 業			被保険者 との続柄					資 格 取 得	昭和 平成 令和 年 月 日								
										所 在 地	電話 局 番							
										名 称								
										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	年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日									
		上・外	年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日									
		上・外	年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日									
		上・外	年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日									
		上・外	年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日									
		上・外	年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日									
		上・外	年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 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	日間		年 月 日		自 至		月 月	日 日	日間					
		自 至	月 月	日 日	日間		年 月 日		自 至		月 月	日 日	日間					
		自 至	月 月	日 日	日間		年 月 日		自 至		月 月	日 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											