

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		名 称		
	職 業				被保険者 との続柄				保 険 者		所 在 地		電 話		局		番		
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		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								