診断書（傷害用）

この診断書の内容につき後日、ＭＳプラスワン少額短期保険株式会社、貴院にご照会申し上げることもありますので、その際はよろしくお願いいたします。

ＭＳプラスワン少額短期保険株式会社　**提出用**

カルテ No.

傷病者申告内容の詳細なご記入をお願いいたします。

傷病者	氏名	①健保 ②国保 ③労災 ④自由診療 ⑤その他（　　）	
		男・女	生年月日　西暦　年　月　日
傷病名・外傷名または受傷部位・態様		前医または紹介医　無・有	治療期間：　年　月　日～　年　月　日 傷病名： 医療機関名：
初診日	年　月　日	受傷日	年　月　日
受傷または発病の原因		画像診断　無・有（診療報酬点数画像診断区分番号　E　－　）	
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容		「頸部症候群（むちうち症）」、「腰痛」その他の症状を訴えている場合には「医学的他覚所見」（注１）の有無、検査結果 Ｘ線　異常　無・有　（　　） その他　異常　無・有　（　　） イ　上記傷病と併行して行った治療の　無・有 （有の場合の傷病名：　　） ロ　既往症の　無・有 （有の場合の傷病名：　　） ハ　イ、ロが今回の傷病の治療期間または原因に及ぼした影響 （　　）	
入院治療	年　月　日～　年　月　日		
救急救命入院または集中治療室管理の有無 無・有（診療報酬点数特定入院料区分番号　A　－　）		手術名 診療報酬点数手術区分番号	①（Ⓚ・Ⓙ－　－　） ②（Ⓚ・Ⓙ－　－　）
		手術日	①　年　月　日②　年　月　日
		今回の傷病に関して実施した手術等の種類 創傷処理の場合　筋肉に　□達する　□達しない 植皮術の場合（□ 25cm² 以上　□ 25cm² 未満）	
		先進医療の実施　無・有	技術名 期間　年　月　日～　年　月　日 受療者が負担した技術料　円

複数の手術を実施した場合は全てのご記入をお願いいたします。

◆「ギプス等」（注２）を「常時装着」（注３）した期間

固定具名①		□ギプス　□ギプスシーネ　□ギプスシャーレ　□シーネ □硬性コルセット　□その他（　　）
固定具を装着した部位①	長管骨	□上腕骨　□橈骨･尺骨　□大腿骨　□脛骨･腓骨
	脊柱	□頸椎　□胸椎　□腰椎　□仙骨･尾骨
	上･下肢の三大関節	※長管骨を含めずに装着した場合は下欄「その他」にご記入ください。 □肩関節　□ひじ関節　□手関節 □股関節　□ひざ関節　□足関節
	その他	□肋骨･胸骨　※鎖骨、肩甲骨は含みません。 □その他（　　）
常時装着期間①		年　月　日～　年　月　日
固定具名②		□ギプス　□ギプスシーネ　□ギプスシャーレ　□シーネ □硬性コルセット　□その他（　　）
固定具を装着した部位②	長管骨	□上腕骨　□橈骨･尺骨　□大腿骨　□脛骨･腓骨
	脊柱	□頸椎　□胸椎　□腰椎　□仙骨･尾骨
	上･下肢の三大関節	※長管骨を含めずに装着した場合は下欄「その他」にご記入ください。 □肩関節　□ひじ関節　□手関節 □股関節　□ひざ関節　□足関節
	その他	□肋骨･胸骨　※鎖骨、肩甲骨は含みません。 □その他（　　）
常時装着期間②		年　月　日～　年　月　日

◆「ギプス等」（注２）以外の固定具等の連続装着期間

固定具等名称	
固定具等を装着した部位	
連続装着期間	年　月　日～　年　月　日

通院治療日（往診日も含む）に○印をつけてください。

月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	

医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間の有無
無・有［　年　月　日～　年　月　日］

今後の入院・通院治療の有無　無・有

後遺障害残存見込　無・有
［内容：　　］

必ずご記入をお願いいたします。

「頸部症候群（むちうち症）」、「腰痛」その他の症状を訴えている場合には、「医学的他覚所見」（注１）の有無の詳細なご記入をお願いいたします。

上記の通り診断します。　年　月　日

所在地〒　☎

医療機関名

診療科名

医師名　㊞

センター受付印

（注１）「医学的他覚所見」とは、理学的検査（視診・打診・聴診・触診）、神経学的検査（知覚検査・腱反射・筋力テスト等）、臨床検査（脳波、筋電図等の生理機能検査）、画像検査（レントゲン・ＣＴ・ＭＲＩ）等により認められる異常所見を指します。

（注２）「ギプス等」とは、ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネその他これらに類するもの（※）をいいます。

（※）硬性コルセット、創外固定器、その他医学上ギプスと同程度の安静を保つために用いるものをいい、バストバンド、軟性コルセット、サポーター、頸（けい）椎カラー、厚紙副子、ニーブレース等は含まれません。

（注３）「常時装着」には、「入浴時のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」等の状態を含みます。