

傷病手当金医師意見書

被保険者記号番号	—	被保険者氏名																															
傷病名	(1)	初診年月日	(1)	年	月	日																											
	(2)		(2)	年	月	日																											
	(3)		(3)	年	月	日																											
発病または 負傷の年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因																														
労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間																															
うち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ()	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																											
診療実日数	診療日を ○で囲んで ください	月	1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）			手術年月日	年	月	日																											
			退院年月日	年	月	日																											
経過症状からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
人工透析を実施 または人工臓器を 装着したとき	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	人工臓器等 の種類																											
			<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節																													
			<input type="checkbox"/> 人工頭骨	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー																													
			<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他 ()																													
上記のとおり相違ありません																																	
				年	月	日																											
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
Ⓜ																																	
電話 ()																																	