

診 療 錄

公費負担者番号					保険者番号						
公費負担医療の受給者番号					被保険者手帳記号・番号						
受 診 者	氏名					有効期限		令和 年 月 日			
	生年月日		明大昭平令年月日		生	被保険者氏名					
	住所		電話局番		事(船舶業所有者所)	資格取得		昭和平成令和年月日			
	職業		被保険者との続柄				所在地		所在地		
						名称		名称			
						電話局番		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	年月日		
			上・外	月	年日	月	年日	治ゆ・死亡・中止	年月日		
			上・外	月	年日	月	年日	治ゆ・死亡・中止	年月日		
			上・外	月	年日	月	年日	治ゆ・死亡・中止	年月日		
			上・外	月	年日	月	年日	治ゆ・死亡・中止	年月日		
			上・外	月	年日	月	年日	治ゆ・死亡・中止	年月日		
			上・外	月	年日	月	年日	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					