

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				被保険者手帳 被保険者証	記号・番号		・			
					有効期限		令和 年 月 日			
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		事業所 (船舶所有者)	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				
				名称						
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					