

療養担当医師が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1)	療養の給付 開始年月日 (初診日)	(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	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 日間 年 月 日まで 入院
診療実日数	日	診療日を	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
		○で囲んで	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
		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 31
就労禁止・自宅療養の指示	1. あり (年 月 日から 年 月 日まで) 2. なし		
通院の指示	1. あり ((月・週・日) 回) 2. なし (理由:)		
転帰	1. 治癒 2. 繰越 3. 中止 4. 転医		
薬の処方	1. あり (薬剤名:) (薬剤名:) (薬剤名:) (薬剤名:) 2. なし (理由:)		

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)

症状経過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

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 ()

※ 詳細に記入されていない場合や記入もれがある場合等、医師意見欄の補足として照会させていただく場合があります。また、当健康保険組合を資格喪失した方から傷病手当金の申請があった場合は、診療報酬明細書と同様の内容を照会させていただく場合がありますので、予めご了承願います。