

診断書 (団体総合就業不能保障保険用)

明治安田生命保険相互会社 御中

DC 3560

1. 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和	
カルテNo. ()		ICD-10コード		発症日		初診日	
2. 就業不能の原因となった傷病名							
ア. 就業不能の原因となった傷病名							
①			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 終診 <input type="checkbox"/> 加療中		
②			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 終診 <input type="checkbox"/> 加療中		
イ. アの原因							
①			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和	/			
②			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和				
3. 前医・紹介医		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 傷病名・医師名・医療機関		診療期間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
4. 既往症		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 傷病名・医師名・医療機関		診療期間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
5. 治療期間等		入院期間		1回目		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
				2回目		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
				3回目以降の入院がある場合はご記入ください			
		自宅療養期間		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
6. むちうち症、腰痛、頸椎、腰椎捻挫等の場合		他覚症状、レントゲン、脳波、筋電図等による器質的変化の有無、検査結果		X線異常		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				脳波異常		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				筋電図異常		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				その他異常		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
7. 医学的に「業務に全く従事できない」と判断される期間		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		復職見込		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日頃 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日頃	
		特筆すべきことがあればご記入ください					
上記のとおり証明します		病院または診療所の名称・所在地・医師名		印		電話番号 ()	
						<input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	

※「自宅療養」とは、傷害または疾病により、日常生活が制限を受けるかまたは制限を加えることを必要とするため、病院または診療所への通院などの最低限必要な外出を除き、活動範囲が家屋内に限られている状態をいいます。