傷　害　保　険　診　断　書

Chubb 損害保険株式会社 行

傷病者	住所	〒　－	生年月日	(大)(昭)(平)　年　月　日生(　)才
			職業	
			カルテNo.	
	氏名	(男)(女)	(健保)(国保)(労災)(自由診療)(その他)(　)	
傷病名（受傷部位・態様）				
傷病の原因	(外傷)(外傷以外)(不詳)	傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。		
初診日	年　月　日	受傷日（発病日）	年　月　日	←「不詳」の場合、推定される時期のご記入をお願いいたします。
初診時の意識障害	(無)(有)（程度　　継続期間　日　時間）			
既往症・持病	(有) ⇒ 傷病名： (無)　治療期間（　年　月　日～　年　月　日）			
前医または紹介医	(有) ⇒ 病院名：　医師名： (無)　初診日　年　月　日頃			
入院治療	第1回目　年　月　日～　年　月　日 うち外泊日数（0～24時　終日病院を不在にした日数）：　日			
	第2回目　年　月　日～　年　月　日 うち外泊日数（0～24時　終日病院を不在にした日数）：　日			

初診から現在までの主要症状ならびに治療内容

該当する場合、以下にご記入ください。

『胸腰椎の変形障害』の場合

画像所見 (X-P)(CT)(MRI)　測定日　年　月　日

変形の程度	椎体番号（圧迫骨折部位）	新鮮（今回の外傷による）	陳旧（以前から存在した）	椎体高 (mm) 前縁	椎体高 (mm) 後縁
		□	□		
		□	□		
		□	□		

『骨粗鬆症』の検査をされている場合

骨密度			
	骨量（DIP値）	測定日　年　月　日	
	若年成人の平均的骨量と比較した骨量（YAM値）		%
	患者様の年齢に照らした平均的骨量と比較した骨量		%

加齢変性の程度評価

□ 認めない　□ 年齢相応程度　□ 軽度　□ 中程度　□ 著明

『人工骨頭・人工関節挿入術』の場合

術後の該当関節可動域が健側可動域角度の1/2以下に制限 (無)(有)

今回の傷病に関して実施した手術

手術①	手術名（診療報酬点数区分番号）	《(K)(J)－　》
	手術日	年　月　日
手術②	手術名（診療報酬点数区分番号）	《(K)(J)－　》
	手術日	年　月　日

固定具の常時装着を指示した期間

固定具①	固定具名		患者による着脱 (可)(不可)
	使用期間	年　月　日～　年　月　日	
	部位		
固定具②	固定具名		患者による着脱 (可)(不可)
	使用期間	年　月　日～　年　月　日	
	部位		

医学的に就業が全く不可能と判断される期間

年　月　日～　年　月　日

具体的判断理由

[　　]

転帰　年　月　日 (治癒)(継続)(中止)(転医)

実通院治療日（○印をつけてください）

	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計
月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日
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	計　日

合計　日

後遺障害残存見込み

(無)(有)(不明)　（有・不明の場合には、現状および今後の見込みについてご記入ください。）

上記のとおり診断いたします。

年　月　日

診断書代金　円

所在地

医療機関名

医師名　(印)

弊社受領日