

(保険会社提出用)

診断書

※医師に記入を依頼してください。

患者氏名		患者生年月日			カルテ番号	
男・女		年 月 日				
傷病名						
受傷日または発病日				初診日		
年 月 日				年 月 日		
治療期間						
入院	年 月 日 ~ 年 月 日			<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 入院中	
通院	年 月 日 ~ 年 月 日			<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 転医	<input type="checkbox"/> 中止
治療内容および受傷・発病後の経過						
海外旅行（クルーズ旅行）を中止するよう指示を出されましたか？						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
「はい」の場合 旅行中止を指示した旅行の出発日： 年 月 日						
当該傷病と関係のある既往症はありますか？						
<input type="checkbox"/> はい（傷病名： ） <input type="checkbox"/> いいえ						
「はい」の場合 治療期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 完治有無： <input type="checkbox"/> 完治していた <input type="checkbox"/> 完治していない						
病院名・医師名						
日付 年 月 日						
所在地				電話番号		
名称				担当医ご署名		印