

入院証明書兼障害診断書

	氏名		男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日									
入院見舞金請求様式	傷病名				傷病発生年月日												
	ア.治療の原因となった傷病名及び受傷部位・症状				年	月	日										
	イ.アの原因				年	月	日										
	ウ.合併症				年	月	日										
	治療期間	初診	年	月	日	～	終診	年	月	日	(年	月	日	現在加療中)		
	入院期間等	第1回入院	年	月	日	～	年	月	日	備考							
	第2回入院	年	月	日	～	年	月	日									
	第3回入院	年	月	日	～	年	月	日									
	(年	月	日	現在入院中)
○発病(受傷)から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったか簡潔にご記入ください)																	
生活援護金・障害見舞金請求様式	障害名(部位を明記)																
	原因となった疾病・外傷名																
	疾病・外傷発生年月日				年	月	日										
	障害発症日				年	月	日										
	(1)初診時の病状及び経過				(図示欄)												
	(2)現在の状態の詳細																
(3)障害機能回復の意見																	
<p>【必須記入事項】障害が治ったかどうか</p> <p><input type="checkbox"/> 障害が治っている・・・治った日(※) 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 障害が治っていない</p> <p>※「治った」とは、療養が終了しており、かつ症状が固定している状態を意味します。</p>																	
入院見舞金・生活援護金・障害見舞金共通	手術	手術名							手術日	年	月	日					
		手術内容															
	備考																
	上記のとおり診断する				診断年月日				年	月	日	本診断書発行年月日		年	月	日	
病院、診療所若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所																	
(氏名)				医師名				印									

(注1) 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等を記入してください。

(注2) 特に切断の場合は、傷害部位及び状態を図示欄に図示して下さい。関節障害の場合は関節の運動範囲を、視力障害の場合は矯正視力等をわかりやすく記入して下さい。病院の様式で詳細の障害状態を記載した診断書等がある場合は、別途添付してください。