|  |  |
| --- | --- |
| 対　象　者 | 住　　所　　坂井市 |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　男氏　　名　　　　　　　　　　　　　女 | 　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 発生年月日 | 　　年　　月　　日 | 事故の原因 |  |
| 通　院　歴※過去１年以内で同じ部位のもの | 　有　・　無　＊何れかに○を記載（治療内容） |
| 傷　病　名 |
| 傷病の経過 |
|  |
| 障害の有無（障害の内容） |  有 ・ 無 ・ 未定　　＊何れかに○を記載（障害の内容） |
| 障害等級 | 　　級　　　号　（労働災害補償保険法施行規則第14条の別表で定める障害等級） |
| 初　診 | 　　　年　　月　　日 | 転　医 | 　　年　　月　　日（理由）　　　　　　　　　　　 |
| 入　院 | 年　　月　　日から　〔 　　　　　日〕 　　　　　　 年　　月　　日まで　　　　　　　　　　を要した | 　年　　月　　日・治癒　　　・治療中・治療中止　・転医・障害残　　・死亡　　 |
| 通　院 | 年　　月　　日から　〔 治療実日数　 　日〕 　　　　　 年　　月　　日まで　　　　　　　　　 を要した |
| 内　訳（入院は×を、通院には○を付してください。） | 入院 | 通院 |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 　　　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 |  |  |
| 上記のとおり診断する。　 　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　医師名　　　　　 　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　－ |