|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　－　　－ | | | | | | | | | | | | |