診　療　録

患者番号

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	

保険者番号	

被保険者証 / 被保険者手帳	記号・番号		
	有効期限	年　月　日	
被保険者氏名			
資格取得		年　月　日	
事業所（船舶所）有者	所在地	電話	
	名称		
保険者	所在地	電話	
	名称		

受診者	氏名			
	生年月日	年　月　日生	男・女	
	住所	電話		
	職業		被保険者との続柄	

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
	上・外	年 月 日	年 月 日	治癒・中止・移行・死亡	年 月 日
	上・外	年 月 日	年 月 日	治癒・中止・移行・死亡	年 月 日
	上・外	年 月 日	年 月 日	治癒・中止・移行・死亡	年 月 日
	上・外	年 月 日	年 月 日	治癒・中止・移行・死亡	年 月 日
	上・外	年 月 日	年 月 日	治癒・中止・移行・死亡	年 月 日
	上・外	年 月 日	年 月 日	治癒・中止・移行・死亡	年 月 日
	上・外	年 月 日	年 月 日	治癒・中止・移行・死亡	年 月 日

傷病名	労務不能に関する意見		入院期間
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自 月 日 至 月 日　日間	年 月 日	自 月 日 至 月 日　日間
	自 月 日 至 月 日　日間	年 月 日	自 月 日 至 月 日　日間
	自 月 日 至 月 日　日間	年 月 日	自 月 日 至 月 日　日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	

備考		公費負担者番号	
		公費負担医療の受給者番号	