

提出先: 荏原グループ生活共済会 **診断書 (入院・手術証明書)**

訂正がある場合は、訂正印をお願いします

氏名		男・女	生年月日	昭・平 年 月 日 ( ) 歳	
傷病名	(受傷の場合は部位も明記)		傷病発生 年月日	年 月 日頃 (いずれかに 印をしてください) (医師推定・患者申告)	
発病または 受傷の原因			初診日	年 月 日	
初診から現在までの主要症状並びに治療内容					
入院治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日		
安静加療期間	通院治療期間中で、安静 (家事・通学を控えるべき状況) を必要とした期間 または就業が不可能な期間				
	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)				
当該傷病の治療歴	有 ・ 無 ( 年 月 ~ 年 月 )				
既往症・持病	有 ・ 無 ( 傷病名 )				
前医または紹介医	有 ・ 無 ( 医療機関名 )				
今回の傷病に 関して実施し た手術	手術名			手術日	年 月 日
	手術の種類 (該当の項目に を つけてください)	開頭術	開胸術	開腹術	内視鏡またはカテーテルによる手術
		その他 ( )			
筋骨格系手術 (観血・非観血) 植皮術 (25 c m <sup>2</sup> 以上・25 c m <sup>2</sup> 未満)					
上記の通り診断 (証明) します。					
年 月 日	所在地		病院 (診療所) 名		
	電話番号		診療科		
	医師氏名		印		