

# 診 断 書

自治労連共済 御中

下記の記入事項は、すべて  
担当医師の責任においてご  
記入をお願いします。また、  
訂正があった場合は、訂正  
個所に押印して下さい。

主治医殿

私の症状・治療内容等について、自治労  
連共済より照会があった場合には、ご説  
明いただくことに同意します。

被共済者署名

㊞

(未成年者の場合は親権者)

カルテ番号

フリガナ						住所	TEL ( )
氏 名							
性 別	男・女	生年月日	年	月	日	職 業	

受傷日または発病日	20	年	月	日頃	医師推定	・	患者申告
初 診 日	20	年	月	日			

① 入院または通院治療の原因となった傷病名	ICD10コード
② ①の原因	
③ 初診時の主訴	④ 発病・受傷から初診までの症状経過
⑤ 所見、治療内容、経過	

交通事故による場合は、必ずご記入ください。

① 首・腰・背のケガ（頸部症候群や打撲、挫傷、捻挫など）の他覚症状について	無	・	有
② レントゲン・脳波・筋電図など検査結果について	無	・	有
③ CT・MRI所見	無	・	有 ( )
④ その他の異常	無	・	有 ( )

当該傷病の 治 療 歴	無・有	年 月 日 病院名
		傷病名
既 往 症	無・有	年 月 日 病院名
		傷病名

悪性新生物の場合	生検日	年 月 日	診断確定日	年 月 日	区 分：	原発	再発	転移
分類	上皮内癌		非浸潤癌		浸潤癌		病理組織診断名	
	T	T0	T1	T2	T3	T4		
	N	N0	N1	N2	N3	N4		
	M	M0		M1				
病理組織診断をしていない場合は診断確 定方法をご記入下さい。			細胞診	CT	MRI	血管造影	その他 ( )	