

診 療 錄 00001

公費負担者番号				保険者番号				06139992							
公費負担医療の受給者番号				被保険者登記号・番号				21・21346546 (枝番)							
受 診 者	氏名		テスト カンジャ テスト カンジャ				有効期限		年 月 日						
	生年月日		昭和 55 年 1 月 1 日生 45 才		(男)・女		被保険者氏名		テスト カンジャ						
	住 所		広島県広島市東区戸坂南テスト 電話 0120456789				資格取得日		年 月 日						
	職 業				被保険者との続柄		事業所		所在地						
					父		名称		電話						
							保険者		所在地		電話				
名称								名称							

傷 病 名				職務	開 始	終 了	転 帰 期間満了予定日
かぜ				上外	R 4. 1. 3	..	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
心不全				上外	R 4. 3.10	..	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
うつ血性心不全				上外	R 4. 3.10	..	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
子宮体癌				上外	R 4. 7. 8	..	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
結膜炎				上外	R 4. 7.29	..	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
白内障				上外	R 4. 7.29	..	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
緑内障				上外	R 4. 7.29	..	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
う蝕				上外	R 4. 7.29	..	治ゆ・死亡・中止 年 月 日

傷 病 名	勞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	
	自 月 日		年 月 日		自 月 日		日間	
	至 月 日							
	自 月 日		年 月 日		自 月 日		日間	
	至 月 日							

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
-------------------------	--	--	--

公費負担者番号				公費負担者番号			
公費負担医療の受給者番号				公費負担医療の受給者番号			

備考											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 診 療 錄 (続き)

患者番号	00001	氏名	テスト カンジヤ
------	-------	----	----------