

診

療

録

00001

公費負担者番号							保険者番号		0	6	1	3	9	9	9	2			
公費負担医療 の受給者番号							被保険者証 記号・番号		2 1 ・ 2 1 3 4 6 5 4 6 (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					事業所 所在地		電話										
	職 業			被保険者 との続柄		父		事業所 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		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 日間 至 月 日						年 月 日						自 月 日 日間 至 月 日					
		自 月 日 日間 至 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																			

## 診療録（続き）

患者番号	00001	氏 名	テスト カンジャ
------	-------	-----	----------

[illegible]