

医師事務作業補助者育成シナリオ集

ひ な 形 集

目 次

自動車損害賠償責任保険診断書（ひな形）表面
自動車損害賠償責任保険診断書（ひな形）裏面
健康保険傷病手当金支給申請書（ひな形）第1面
健康保険傷病手当金支給申請書（ひな形）第2面
健康保険傷病手当金支給申請書（ひな形）第3面
医療要否意見書（ひな形）
障害補償給付支給申請書（ひな形）1枚目
自動車損害賠償責任保険診断書（ひな形）2枚目
主治医意見書（ひな形）表面
主治医意見書（ひな形）裏面
診療情報提供書（様式）
紹介状（様式）
退院療養計画書（様式）
検査・手術同意書（様式）

【作成書類】自動車損害賠償責任保険診断書（ひな形）表面

（保険会社使用欄）

診 断 書

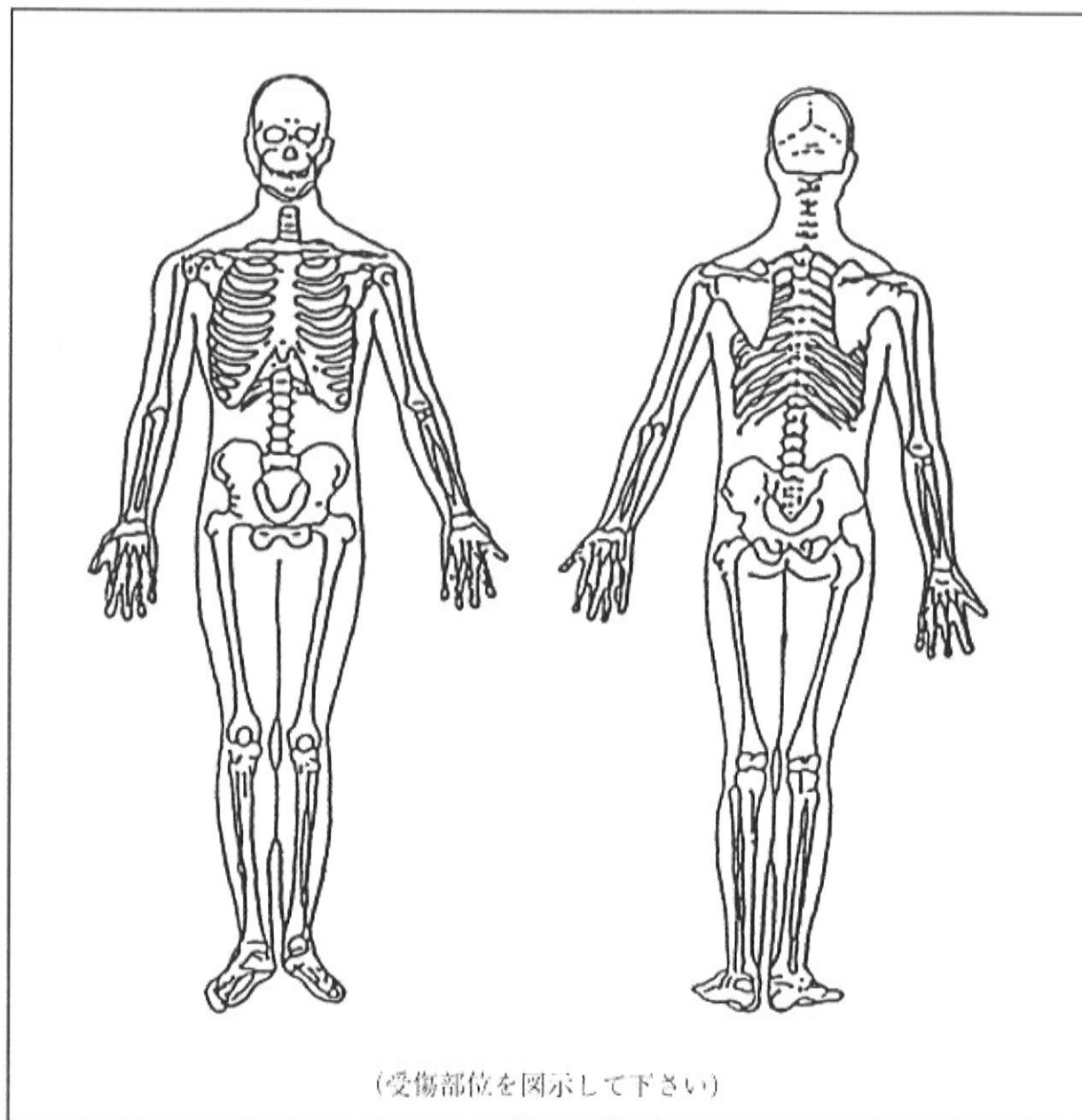
カルテ番号			
住 所			
傷病者 氏 名			
男・女 明・大・昭・平		年 月 日生	
傷 病 名	治 療 開 始 日	治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
症状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 年 月 日) (手術のある場合は実施日をご記入下さい)			
主たる検査所見			
初 診 時 の 意 識 障 害	なし・あり (程度 継続期間 日 時間)		
既往症および既存障害	なし・あり (注2) ()		
後遺障害の有無について	なし・あり・未定		
入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	(診断日) 年 月 日 治 ゆ 続 続 転 転 中 中 止 止 死 死	
通院治療	日間 (内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日		
ギブス固定期間	固定 除去 固定具の種類 自 年 月 日・至 年 月 日 ()		
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	理由	

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んで下さい。
(注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は()内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

(裏面も記入願います)

上記の通り診断致します 所在地
(作成日) 年 月 日 名 称
医師氏名

TEL. ()
☎



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

【作成書類】健康保険傷病手当金支給申請書（ひな形）第1面

届書コード

健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）

〇〇「記入方法および添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を参照してください。

⑦ 被保険者証の記号・番号										⑧ 被保険者の生年月日										届書種類		受付年度		通 番										デフォルト	
																				01		平成 年 月 日													
⑨ 被保険者(申請者)の氏名と印										⑩ 被保険者の資格を取得した年月日										昭和 年 月 日		平成 年 月 日		⑪ あなたの具体的な内容											
⑫ 被保険者(申請者)の住所										都道府県														電話											
⑬ 傷病名										⑭ 初診日														⑮ 傷病の状況											
⑯ 発病時の状況を詳しく(発病の場合は右面②を記入してください。)										⑰ 第三者行為によるものですか																									
⑱ 療養のため休んだ期間(申請期間)										平成 年 月 日から																									
⑲ 上記⑱の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。																																			
⑳ 上記㉑で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。																																			
㉒ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか、受給している場合、どちらを受給していますか。																																			
㉓ 上記㉒で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください。																																			
㉔ 上記㉒で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)																																			
㉕ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。																																			
㉖ 上記㉒で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)																																			
㉗ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。																																			
㉘ 上記㉒で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。																																			
㉙ 介護保険法のサービスを受けたとき																																			
減額1																																			
減額2																																			
減額3																																			
不支給1																																			
不支給2																																			
不支給理由																																			

【作成書類】健康保険傷病手当金支給申請書（ひな形）第2面

振込希望口座	① 支払区分	1 金融機関	
		金融機関コード	② 銀行 金庫 信組
		※	店・本店 支店・出張所
		③ 信連・信連連 農協・漁協	本所・支所 本店・支店
④ 預金種別 1:普通 4:通知 2:当座 3:別段	口座番号	口座名義	(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	⑤
	代理人の氏名と印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
	代理人の住所	(平 -)	電話 ()

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

⑦ 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック（☑）してください。）

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	【負傷日時・場所等】		【受診した医療機関】	
	1. いつケガ（負傷）をしましたか。 平成 年 月 日（ 曜日 ）		7. 診療を受けた医療機関名とその期間等	
	□ 午前・□ 午後 時 分頃		医療機関名	
	2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。		平成 年 月 ～ 平成 年 月 □ 治療・□ 治療中	
	□ 出勤日・□ 休日（定休日・休暇含む）		医療機関名	
	□ その他（ ）		平成 年 月 ～ 平成 年 月 □ 治療・□ 治療中	
	3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。		8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。	
	□ 勤務時間中・□ 通勤途中（□ 出勤・□ 退勤）			
	□ 出張中・□ 私用・□ その他（ ）			
	4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。			
□ 会社内・□ 道路上・□ 自宅				
□ その他（ ）				
5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。				
□ 交通事故・□ 暴力（ケンカ）				
□ スポーツ中（□ 職場の行事・□ 職場の行事以外）				
□ 動物による負傷（□ 飼い主 □ 有・□ 無）				
□ あてはまらない				
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。				
相手 □ 有 → □ あなたは被害者				
□ あなたは加害者				
□ 無				
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。				
		9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 □ 加入有・□ 加入無		

社会保険労務士の
提出代行印

⑧

平成 年 月 日提出

受付日付印

【作成書類】健康保険傷病手当金支給申請書（ひな形）第3面

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	① 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)																															出勤	有給			
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	② 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? □ はい、 □ いいえ																															給与の種類 (○で囲んでください)		賃金計算		
	③ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄に記入してください。																															月給	日給	日給月給	締日	日
																																時間給	歩合給	その他	支払日	年月日
																																				日
																																				日
																																				日
●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																																				
上記のとおり相違ないことを証明します。																															担当者氏名					
事業所所在地																																				
事業所名称																																				
事業主氏名																																				
電話																																				

「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

療養担当者が見入るところ	患者氏名																																
	傷病名	(1)			療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	年	月	日																								
		(2)				(2)	年	月	日																								
		(3)				(3)	年	月	日																								
	発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	発病負傷																											
	④ 労務不能と認められた期間	年	月	日から	日間	発病または負傷の原因																											
	④のうち入院期間	年	月	日から	日間	入院																											
	診療日数	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	診療日数	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	診療日数	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
⑤ ④の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)										手術年月日	平成	年	月	日																			
										退院年月日	平成	年	月	日																			
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		人工透析を実施または人工臓器を装着した日										昭和・平成					年	月	日														
人工臓器等の種類		ア、人工肛門 イ、人工関節 ウ、人工骨頭 エ、心臓ペースメーカー																															
		オ、人工透析 カ、その他 ()																															
上記のとおり相違ありません。															平成					年	月	日											
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名															電話 ()																		

【作成書類】医療要否意見書（ひな形）

様式第13号

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科	※1 新規 2 継続(単・併)	※受 理 年 月 日	年 月 日
(氏名) (歳) に係る医療の要否について意見を求めます。			
平成 年 月 日			
院(所)長 殿		福祉事務所長 ㊟	

傷病名又は 部 位	(1) (2) (3)	初 診 年 月 日	(1) 年 月 日 (2) " " " (3) " " "	転 帰 〔継続の とき記 入〕	年 月 日 治 死 中 ゆ 亡 止	
主要症状及 び今後の診 療 見 込	(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい。)					
治療見込期間	入院外	か 月 日 間	概 算 医 療 費	(1) 今回診 療日以降 1 か月間 円 (入院料 円)	(2) 第2か月 目以降6か 月日まで 円 (入院料 円)	福 祉 事 務 所 へ の 連 絡 事 項
	入 院	期 間 (予定) 年 月 日		か 月 日 間 年 月 日		
上記のとおり(1入院外 2入院)医療を(1要する 2要しない)と認めます。 平成 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 院(所) 長 ㊟ 担 当 医 師 (診 療 科 名)						
※ 嘱託医 の意見						

----- (切 取 線) -----

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書				※発行取扱者	
※受理年月日	年 月 日	平成 年 月 日					
福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名 下記のとおりで請求します。							
この券による診療年月日		年 月 日	※受診者氏名		(歳)		
請 求 額	診 察 料	初・再	点	(検査名)			
	"	"	"				
	"	"	"				
	合 計		点 円	※ 社保等負担額	円	差引額	円 ㊟

【作成書類】障害補償給付支給申請書（ひな形）1 枚目

様式第10号（表面）

労働者災害補償保険
障害補償給付支給請求書
障害特別支給年金支給申請書
障害特別一時金

（注 意）

一、事項を選択する場合に、該当する事項を凡て開くこと。
二、請求人（申請人）が労働者であるときは、①、②及び③に記入すること。
三、請求人（申請人）が労働者でないときは、①、②及び③に記入すること。
四、請求人（申請人）が労働者でないときは、④に記入すること。
五、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑤に記入すること。
六、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑥に記入すること。
七、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑦に記入すること。
八、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑧に記入すること。
九、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑨に記入すること。
十、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑩に記入すること。
十一、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑪に記入すること。
十二、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑫に記入すること。
十三、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑬に記入すること。
十四、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑭に記入すること。
十五、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑮に記入すること。
十六、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑯に記入すること。
十七、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑰に記入すること。
十八、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑱に記入すること。
十九、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑲に記入すること。
二十、請求人（申請人）が労働者でないときは、⑳に記入すること。

① 労働保険番号		③ 氏名		④ 負傷又は発病年月日	
府県	管轄	基幹番号	枝番号	氏名	年 月 日
				（男・女）	年 月 日
② 年金証書の番号		⑤ 住所		⑥ 傷病の治癒した年月日	
管轄局	種 別	西暦年	番 号	住所	年 月 日
				職 種	年 月 日
⑦ 災害の原因及び発生状況（災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること。）		⑧ 被保険者資格の取得年月日		⑨ 平均賃金	
		年 月 日		円 銭	
⑩ 基礎年金番号		⑪ 当該傷病に關して支給される年金の種類等		⑫ 特別給与の総額（年額）	
年 金 の 種 類		厚生年金保険法のイ、障害年金ロ、障害厚生年金		円	
障 害 等 級		国民年金法のイ、障害年金ロ、障害基礎年金			
支給される年金の額		支給されることとなった年月日		年 月 日	
支給されることとなった年月日		年 月 日			
所 轄 年 金 事 務 所 等		所 轄 年 金 事 務 所 等			
⑬の者については、⑭、⑮から⑰まで並びに⑱の⑲及び⑳に記載したとおりであることを証明します。					
事業の名称		電話番号		局 番	
事業場の所在地		郵便番号			
事業主の氏名		（法人その他の団体であるときは、その名称及び代表者の氏名）		印	
【注意】⑱の⑲及び⑳については、㉑の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。					
⑲ 障害の部位及び状態（診断書のとおり。）		㉑ 既存障害がある場合にはその部位及び状態			
⑳ 添付する書類その他の資料名		㉒ 金融機関店舗コード			
年金の払渡しを希望する金融機関		銀行・金庫		本店・本店出張所	
年金の払渡しを希望する金融機関		郵便・漁協・信組		支店・支所	
年金の払渡しを希望する金融機関		普通・当座 第 号			
年金の払渡しを希望する金融機関		郵便局コード		郵便局	
年金の払渡しを希望する金融機関		フリガナ			
年金の払渡しを希望する金融機関		名 称			
年金の払渡しを希望する金融機関		所 在 地			
年金の払渡しを希望する金融機関		預金通帳の記号番号		第 号	

障害補償給付の支給を請求します。 局 番

障害特別支給年金 郵便番号 電話番号

障害特別年金の支給を申請します。

障害特別一時金

年 月 日 請求人の住所

労働基準監督署長 申請人 氏名 印

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫	本店・本店出張所	普通・当座 第 号	
農協・漁協・信組	支店・支所	口座名義人	

【作成書類】自動車損害賠償責任保険診断書（ひな形）2 枚目

様式第10号 （裏面）

診 断 書

氏 名			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	性別	男・女
傷 病 名				負傷発病年月日	年 月 日		
障 害 の 部 位				初 診 年 月 日	年 月 日		
既 往 歴		既存障害		治 癒 年 月 日	年 月 日		
療養の内容及び経過							
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。)						
関 節 運 動 範 囲	部位		種類範囲				
			右				
			左				
			右				
			左				
			右				
				郵便番号	電話番号	局 番	
上記のとおり診断します。			所 在 地				
年 月 日			名 称				
			診断担当者 氏 名				
			(記名押印又は署名)				
社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示			氏 名		電 話 番 号	
				印			

【作成書類】主治医意見書（ひな形）表面

主治医診療報告書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]			

2. 特別な医療（過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスビレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	症状名： _____ 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

【作成書類】主治医意見書（ひな形）裏面

(5) 身体の状態			
利き腕 (□右 □左)	身長 = cm	体重 = kg	(過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 ☒ 減少)
□四肢欠損	(部位:)		
□麻痺	□右上肢 (程度: □軽 □中 □重)	□左上肢 (程度: □軽 □中 □重)	
	□右下肢 (程度: □軽 □中 □重)	□左下肢 (程度: □軽 □中 □重)	
	□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)		
□筋力の低下	(部位:)	程度: □軽 □中 □重	
□関節の拘縮	(部位:)	程度: □軽 □中 □重	
□関節の痛み	(部位:)	程度: □軽 □中 □重	
□失調・不随意運動	・上肢 □右 □左	・下肢 □右 □左	・体幹 □右 □左
□褥瘡	(部位:)	程度: □軽 □中 □重	
□その他の皮膚疾患	(部位:)	程度: □軽 □中 □重	

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動			
屋外歩行	□自立	□介助があればしている	□していない
車いすの使用	□用いていない	□主に自分で操作している	□主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	□用いていない	□屋外で使用	□屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	□自立ないし何とか自分で食べられる	□全面介助	
現在の栄養状態	□良好	□不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊			
□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()			
→ 対処方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
□期待できる		□期待できない	□不明
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
□訪問診療	□訪問看護	□訪問歯科診療	□訪問薬剤管理指導
□訪問リハビリテーション	□短期入所療養介護	□訪問歯科衛生指導	□訪問栄養食事指導
□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ()			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧 □特になし □あり ()		・移動 □特になし □あり ()	
・摂食 □特になし □あり ()		・運動 □特になし □あり ()	
・嚥下 □特になし □あり ()		・その他 ()	
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)			
□無 □有 ()		□不明	

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

--

診療情報提供書（様式）

診療情報提供書

※医師からの他診療所又は病院の医師への紹介を兼ねた診療情報提供書です。

年 月 日

病院・診療所
医院・クリニック

科

先生

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

下記の患者さまを紹介しますので、よろしくお願いいたします。

フリガナ			職業		
患者氏名					
住 所			電 話		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生（	歳）	男 ・ 女	
紹介目的					
主 訴 および現病名					
既往歴 および家族歴					
治療経過 および 主要検査成績					
現在の処方					
患者に関する 留意事項					
添付資料	なし・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・ECG・ その他（				
備 考					

紹介状（様式）

紹 介 状

※医師が他の医師に患者を紹介する際、使用するものです。

先生 御侍史

拝啓 いつも御健勝のことと存じ上げます
患者 殿を御紹介申し上げます
何卒御高診の上 宜しく御治療御指導の程
御願ひ申し上げます 敬具

附記

平成 年 月 日

印

退院療養計画書（様式）

退院療養計画書

（患者氏名） 殿

平成 年 月 日

病 棟 （ 病 室 ）	
主 治 医 外 の 担 当 者 名	
予 想 さ れ る 退 院 日	
退 院 後 の 治 療 計 画	
退 院 後 の 療 養 上 の 留 意 点	
退 院 後 必 要 と な る 保 健 医 療 サ ー ビ ス 又 は 福 祉 サ ー ビ ス	
そ の 他	

注） 退院日等は、現時点で予想されるものである。

（ 主治医氏名 ） 印

検査・手術同意書（様式）

検査・手術同意書

※検査や手術に際して、医師が説明を行い、十分に理解をした上で、署名・捺印してもらうためのものです。

説明事項

1. 病名・症状
2. 検査名・手術名とその内容および実施予定日
3. 麻酔の方法
4. 検査・手術の必要性和危険性
5. 検査・手術を行わなかった場合の予後
6. 考えられる合併症
7. 他の治療法との比較（利点と危険性）
8. まれな重大障害（死亡の可能性を含む）
9. その他
10. 交付した説明書類

患者：_____ 様の検査・手術について、上記項目について説明いたしました。

年 月 日 時 分

医 師 _____ 印

立会者 _____ 印

院長 殿

私は、上記内容に従ってこの度の検査・手術に対する説明を受け、その実施に同意します。
また、検査・手術中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜必要な処置を受けることを了承します。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

代諾者 _____ 印 （続柄： _____）

住 所 _____

*副本を受領しました。 受領者 _____ 印