

診 療 録 00012

公費負担者番号				保険者番号		3 9 2 6 2 1 2 6				
公費負担医療の受給者番号				被保険者証 手帳	記号・番号			0 0 0 0 0 0 0 0		
受診者	氏名	ニチイ ミエ 日医 美枝			有効期限			年 月 日		
	生年月日	大正 14 年 9 月 1 日生		男・♀	被保険者氏名			日医 美枝		
	住所	京都府宇治市六地藏 電話 0774-00-0000			資格取得日			平成 20 年 4 月 1 日		
	職業			被保険者との続柄	事業所	所在地			電話	
				保険者		所在地			京丹後市峰山町杉谷 6 9 1 電話 0772-69-0001	
					名称			京都府後期高齢者医療〔京丹後市		

傷病名	職務	開始	終了	転帰 期間満了予定日
高血圧症	上外	21. 5. 18	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
天疱瘡	上外	26. 12. 22	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
ドライアイ	上外	26. 12. 22	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
帯状疱疹	上外	27. 4. 4	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
急性気管支炎	上外	27. 4. 20	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
胃炎	上外	27. 4. 20	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
うつ病	上外	27. 7. 6	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
	上外	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 日間	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日 日間
	自 月 日 日間 至 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日 日間

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	
----	--