No.

労災保険診療録

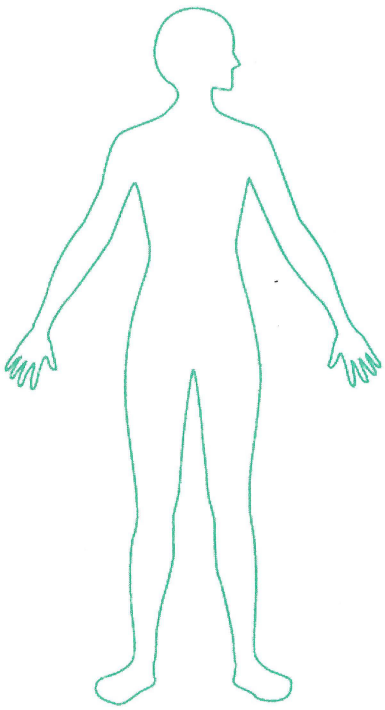
令和　年　月　日受付

甲号

労働保険番号					受診労働者	氏名		男・女	生年月日	大昭平　年　月　日	職種	
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		住所	TEL					
						事業場名		所在地	〒 TEL			

傷病名	負傷・発病日時	令和　年　月　日 午前午後　時	開始	終了	転帰	診療実日数	労務不能期間
			月　日	月　日		日	自　月　日 至　月　日　日間
			月　日	月　日		日	自　月　日 至　月　日　日間
			月　日	月　日		日	自　月　日 至　月　日　日間

災害原因		
	1．どこで	2．どんな作業中
	3．どうして	4．何により
	5．どの部位を	6．大きさ・重量・高さ等

病歴及び現症状	処方・処置・手術
	

28 5.　100×100

投薬・処置・注射・検査・入院・その他の診療内容

種別 月日	入院・外来の別							
		点	点	点	点	点	点	点
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
・								
計								

症状の経過

入院	自　月　日 至　月　日	日間	給食	寝具	病院看護	附添看護	自　月　日 至　月　日	日間	看護会名称	
			有・無	有・無	有・無				看護師名	