

No. _____

労災保険診療録

平成 年 月 日 受付

甲
号

労働保険番号					受診 労働者	氏名	住所	男・女	生年月日	明大昭	年	月	日	職	種		
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号													
					TEL												
事業場名					所在地											TEL	
傷 病 名	負傷・発病日時	平成	年	月	日	午前	時	開始	終了	転帰	診 実 日 数	労務不能期間					
								月	日	月	日	日	自	月	日	日間	
								月	日	月	日	日	自	月	日	日間	
								月	日	月	日	日	自	月	日	日間	
災害原因	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1. どこで</p> <p>3. どうして</p> <p>5. どの部位を</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>2. どんな作業中</p> <p>4. 何により</p> <p>6. 大きさ・重量・高さ等</p> </div> </div>																
病歴及び現症状								処方・処置・手術									
																	

