

団体生命共済 申請書

| | | |
|------------|------------------------------|------------------------|
| 給 03(0051) | 共済金支払請求書(自治労共済用) | |
| 給 15 | 個人情報(要配慮個人情報含む)の所得・提供に関する同意書 | |
| | 入院・通院・手術等証明書(診断書) | 2枚綴り、両面印刷可 |
| 給 11 | 傷害事故発生通知書兼証明書 | |
| | 入院・通院 自己証明書 | 診断書がない場合(領収書、診療明細書等添付) |

〈共済金請求に伴う個人情報（要配慮個人情報を含む）の取扱いについて〉

- ①全労済は、共済金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報（要配慮個人情報を含む）など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、共済契約の締結・維持管理、共済金のお支払などを含む共済契約の判断に関する業務や、全労済の事業、各種共済商品、各種サービスのご案内などの目的のために利用させていただきます。
- ②ご提供いただいた個人番号は共済金支払い取引に関する支払調書作成事務のみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

共済金支払請求書（自治労共済用）

全労済 御中

事業規約・細則に基づき、必要書類を添えて下記のとおり共済金の支払請求をいたします。全労済が個人情報（要配慮個人情報を含む）を取得することに同意します。

組合名

東京清掃労働組合



請求日（記入日）：西暦でご記入ください。

| | | | |
|----------|---|---|---|
| 請求日（記入日） | | | |
| 20 | 年 | 月 | 日 |

▼組合員の所属番号・生協組合員番号は、必ず単組で確認してください。

| 県 | 組合 | 支部 | 職員コード | 生協組合員番号 |
|----|-----|----|-------|---------|
| 14 | 515 | | | |

▼電話番号をご記入ください。

| | | | | |
|----------------|------|----------|--------------|--------------------------|
| 共済契約者 (組合員) | フリガナ | 性別 | 契約者生年月日(西暦) | 連絡先電話番号 |
| | | ①男 ②女 | 年 月 日 | ①自宅 ②その他 - - |
| 被共済者 | フリガナ | 性別 | 被共済者生年月日(西暦) | ご契約者との続柄 |
| | | ①男 ②女 | 年 月 日 | ①本人 ②配偶者 ③子ども その他 () |

▼該当に○印をご記入ください。

| | | | | |
|------|--|----------|------|-------------------------|
| 請求事由 | (原因) ①疾病 ②事故 ③交通事故 | 成人病 | 請求契約 | ① 団体生命 ② 長期共済 |
| | (事由) ①死亡 ②重度障がい ③後遺障がい ④入院 ⑤通院 ⑥手術 ⑦傷病障がい/疾病診断 ⑧ドナー ⑨がん保障 | あり なし | | ③ 親子共済 ④ 交通災害 ⑤ 税適年金 |

▼住所・電話番号・受取人氏名・続柄・受取人区分をご記入（自署）のうえ、ご押印（共済金額により登録印鑑）をお願いします。契約者死亡以外は契約者本人が受取人です。また、共済金をお支払いした際は、こちらの住所に通知書をお送りします。

| | | | | |
|--------|----|------|------------------|--------------------------------------|
| 共済金受取人 | 〒 | フリガナ | 連絡先電話番号 | |
| | 住所 | | - - | |
| | 名前 | (自署) | 印 | ご契約者との続柄 ①本人 ①配偶者 ②子ども その他 () |
| | | | 受取人区分(該当のときのみ○印) | ①指定代理請求人 ②特別受取人 |

▼必ず受取人名義の口座をご指定ください。また、共済金は下記口座への入金をもって受領したものと認めます。

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|----------|----------------------------|----------|---------------|
| どちらか一方を指定してください | 金融機関名 | 支店名 | 預金種目 | 口座（通帳）番号 | 口座名義人 |
| | ゆうちょ銀行 以外の金融機関 | 本店 支店 | ① 総合・普通 ④ 貯蓄 その他 () | | カタカナでご記入ください▼ |
| | ゆうちょ銀行（郵便局） | 記号 | 番号 | 口座名義人 | カタカナでご記入ください▼ |
| | | 1 | 0 - | | |

▼団体生命共済の死亡・重度障害共済金をご請求の場合、一括で受取る方法の他に、「年金（分割）で受取る方法」があります。年金受取りをご希望の方は○印をご記入ください。（本人死亡の場合は、事前に死亡共済金受取人指定がされていることが条件となります。）

| | | |
|----------------|--------|--|
| 死亡・重度障害共済金受取方法 | ○ 年金受取 | 「年金受取」をご選択の場合は、別途、「団体生命共済 共済年金払申出書 兼 年金請求書」をご提出ください。 |
|----------------|--------|--|

| | |
|----------|---|
| 納税義務国確認欄 | 日本国外に納税義務国はありますか。ある場合のみ該当国家をご記入ください。▶ 該当国家 (該当国家の記入がない場合は、日本国外に納税義務国がないものとします) |
|----------|---|

| | | | | | | | | |
|-----|-------|-----|-----|-------|-----|---------|-----|----|
| 処理欄 | 自治労単組 | 受付日 | 発行日 | 自治労支部 | 受付日 | 全労済共済金C | 受付日 | 備考 |
| | | / | / | | / | | / | |

個人情報（要配慮個人情報含む）の取得・提供に関する同意書

【被共済者記入欄】

- 私は本件共済金請求にあたり、私の個人情報および要配慮個人情報（傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等。以下同じです。）を全労済が取得することに同意します。
- 私は、全労済もしくは全労済が委託した者が、共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限って、以下の事項を行うことに同意します。なお、本書については、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。
 - 要配慮個人情報に関する以下の事項。
 - 私の要配慮個人情報を第三者（契約者を含みます。以下同じ。）から取得すること。
 - 私の要配慮個人情報を利用すること。
 - 私の要配慮個人情報を第三者に提供すること。
 - 治療・検査等を受けていた医療機関ならびに警察署・検察庁・消防署その他関係者に対して行う以下の事項。
 - 傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等、および事故内容、他の保険会社や共済団体等に関する事項、その他関連事項の照会および回答受理。
 - 診断書、診療報酬明細書、証明書等の作成依頼および交付受理。
 - X-P、CT、MRI その他検査結果およびカルテ等の借用。またはこれらの写しの交付依頼および受理。
 - 他の保険会社や共済団体等に対し、私に関する保険（共済）契約締結の有無、契約状況および傷病内容（診断書等関係書類の開示を含む）に関して照会し、回答を受理すること。

年 月 日

| | | |
|-------------------|------|-------|
| 被共済者 (患者様/承諾者) | お名前 | 印 |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | |

承諾者（被共済者の親権者、法定代理人または死亡共済金受取人等が署名・押印する場合）

承諾者 お名前 印

被共済者との続柄（ ）

■被共済者（患者様）が署名・押印してください。

■被共済者（患者様）が未成年者や成年被後見人である場合、またはお亡くなりになっている場合は、被共済者（患者様）の法定代理人または共済金受取人様が被共済者のお名前および承諾者のお名前の署名・押印をお願いします。

【契約者記入欄】 ※契約者と被共済者が異なる場合のみご記入ください。

私は、全労済が共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限って、他の保険会社や共済団体、その他関係者に対し、私に関する保険（共済）契約締結の有無、契約状況および傷病内容（診断書等関係書類の開示を含む。）に関して照会をすること、および回答を受理することについて同意します。

年 月 日

| | | |
|-----|------|-------|
| 契約者 | お名前 | 印 |
| | 生年月日 | 年 月 日 |

■契約者の方が署名・押印してください。

入院・通院・手術等治療証明書(診断書)

全国労働者共済生活協同組合連合会

| |
|--------------------|
| 健保・国保・自賠・労災・自費・() |
| カルテNo. |

| | | | |
|----|-----|------|----------------------|
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 大正・昭和・平成・西暦 年 月 日 |
| 住所 | | 職業 | |

| 1. 傷病名 | | ICD10コード | 2. 傷病発生日 | |
|----------------------|--|----------|----------|-----------------------------|
| ア. 入院(手術)等の原因となった傷病名 | | | 年 月 日 | ※必ず○印を付けてください。 医師推定・患者申告 |
| イ. アの原因 | | | 年 月 日 | 医師推定・患者申告 |
| ウ. 合併症 | | | 年 月 日 | 医師推定・患者申告 |

| | | | | | |
|---------|------|---------|---------|----------|--------|
| 3. 治療期間 | 初診 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | 終診・現在加療中 | |
| | 入院期間 | ① | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | 退院・入院中 |
| | | ② | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | 退院・入院中 |
| | | ③ | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | 退院・入院中 |

| | | | | | | |
|-------------|--------|---------------------------|--------------------------|------|---------|-------|
| 4. 前医または紹介医 | 有 | 医療機関名とその所在地 | 医師名 | | | |
| | 無 | 初診日 | 年 月 日 | 治療期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |
| | 有・無・不明 | 前医または紹介医の悪性新生物としての診断確定の有無 | 有の場合は、その病理組織診断名をご記入ください。 | | | |

| | | | | |
|--------|---|------|-------------|-------|
| 5. 既往症 | 有 | 傷病名 | 医療機関名とその所在地 | |
| | 無 | 治療期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |

6. 発症(受傷)から初診までの症状経過(いつ頃からどのような自覚症状があり、なぜ受診するに至ったのか)、初診時の患者主訴および所見、初診以降の検査結果・治療内容

患者申告の自覚症状発現時期(年 月 日頃・不詳) ※事故・ケガが原因の場合には具体的な「他覚的所見の有無」を明記してください。

| | | | | |
|-------------|--|----------|--------------|----------------------------|
| 7. 悪性新生物の場合 | 今回治療した悪性新生物に罹患した以前に、別の悪性新生物の既往症がありましたか? | | | (はい)・(いいえ) |
| | 病理組織診断名 | (P)TNM分類 | T()N()M() | 区分 原発・再発・転移 |
| | | 診断確定日 | 年 月 日 | 分類 皮膚癌・上皮内癌 非浸潤癌・浸潤癌 |
| | 病理組織診断をしていない場合は、診断確定方法(「その他」の場合はその詳細)をご記入ください。 細胞診・その他() | | | 大腸の場合、組織学的壁深度 m・sm未満 |

| | | | |
|-------------|--------|-----|-------------------------------|
| 悪性新生物の病名の告知 | 本人への告知 | 有・無 | 本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。 |
| | 家族への告知 | 有・無 | 家族(続柄)には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。 |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--------|----------|------|--------|-------------|---|---------|--------|---|
| 8. 手術 各項目の記載と該当するものに○印を付けてください。 | 有 無 | 診療報酬点数区分 | 手術名① | 手術コード | K・J | 1回目手術日 | 年 月 日 | 種類 | 開頭・開胸・開腹・レーザー 内視鏡・カテーテル・先進医療 その他() |
| | | | 部位 | 左・右・両側 | 植皮術・筋皮弁術の場合 | 25cm ² 以上・25cm ² 未満 | 筋骨手術の場合 | 観血・非観血 | |
| | | | 手術名② | 手術コード | K・J | 2回目手術日 | 年 月 日 | 種類 | 開頭・開胸・開腹・レーザー 内視鏡・カテーテル・先進医療 その他() |
| | | | 部位 | 左・右・両側 | 植皮術・筋皮弁術の場合 | 25cm ² 以上・25cm ² 未満 | 筋骨手術の場合 | 観血・非観血 | |

| | | | | | | | |
|----------|---|----|----|-----|---------|------------|-------|
| 9. 放射線照射 | 有 | 部位 | 期間 | 開始 | 年 月 日 ~ | 終了 | 年 月 日 |
| | 無 | 区分 | M- | 総線量 | グレイ | 50グレイに達した日 | 年 月 日 |

※ 裏面にもご記入をお願いします。

| | | | | | |
|--|----------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| 10. 特定の障害 右記(1)から(3)に該当する場合は、各項目の記載と該当するものに○印を付けてください。 | (1)心臓ペースメーカー等の埋込み | | 埋込んだもの | 心臓ペースメーカー ・ 除細動器(ICD) | |
| | | | 埋込みの区分Ⅰ | 初回埋込み ・ 再埋込み ・ 電池交換 | |
| | | | 埋込みの区分Ⅱ | 恒久的埋込み ・ 一時的埋込み | |
| (2)人工透析療法 | 開始日 | 年 月 日 | 区分 | 恒久的なもの ・ 一時的なもの | |
| (3)人工肛門の造設 | 造設日 | 年 月 日 | 区分 | 恒久的なもの ・ 一時的なもの | |
| | 直腸の切断日 (他院・他科を含む) | 年 月 日 | 直腸および肛門を一塊として摘出しましたか？ | はい ・ いいえ | |
| 11. 特定の疾病 右記(1)または(2)に該当する場合は、各項目の記載と該当するものに○印を付けてください。 | (1)肝硬変 | 確定診断日 | 年 月 日 | 症状 ①代償期 ②非代償期 | 確定診断した検査方法・検査名 ①血液生化学検査 ②超音波検査 / ③CT / ④MRI ⑤腹腔鏡検査 / ⑥肝生検 ⑦(上部消化管)内視鏡検査 ⑧その他() |
| | (2)慢性膵炎 | 原因 | ウイルス性 ・ アルコール性 ・ 胆汁性 その他() | 症状 ①無症状期 ②代償期 ③移行期 ④非代償期 | 確定診断した検査方法・検査名 ①超音波検査 / ②CT / ③MRCP ④ERCP(内視鏡的膵胆管造影法)検査 ⑤膵外分泌機能検査(セクチレン試験) ⑥膵組織所見 ⑦その他() |
| | | 臨床診断基準による慢性膵炎の分類 | 確定例 ・ 準確定例 疑診例 ・ その他() | | |
| 12. 通院期間 ここまで記載した傷病に関わる実通院日に○印を付けてください。(往診日を含みませ) | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 | 日 | |
| | 年 月 | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | |
| | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 | 日 | |
| | 年 月 | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | |
| | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 | 日 | |
| | 年 月 | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | |
| | 年 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 | 計 | 日 | |
| | 年 月 | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 計 | 日 | |
| 13. 固定具使用期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | 固定具の種類 | ギプス ・ シーン ・ その他() | |
| 上記のとおり証明します。 | | | | | |
| 病院または診療所の | | | | | |
| 住所 | | | | | |
| 名称 | | | | | |
| 診療科 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| 医師氏名 (印) | | | | | |

お願い ① 訂正された場合には、必ず証明印による訂正印をお願いいたします。
② 原本を複写またはコピーする場合は、それぞれに捺印をお願いします。

傷害事故発生通知書兼証明書

全労済御中

今般、下記のとおり共済事故が発生しましたので通知いたします。

記入日 年 月 日

| | | | | | | | |
|-------------|------|------------------------|----|-------|---------------|------|----------|
| 届 出 人 | フリガナ | 被共済者との関係 | | | 被共済者 (受傷者) | フリガナ | 生年月日(西暦) |
| | お名前 | ①本人 ②契約者 ③その他() | | | | お名前 | 年 月 日 |
| | 所属団体 | 県コード | 14 | 組合コード | 515 | 団体名 | 東京清掃労働組合 |

<事故報告>

| | | | | | |
|-------------|----------|----------|-------|----------|---------------------------------------|
| 事故発生日 | 年 月 日 | 午前 午後 | 時 分頃 | 事故の届出先 | 1. () 警察署 2. () 消防署 3. その他() |
| 事故発生場所 | 都府 道県 | 市区 郡 | | | |
| 場 所 | 道路上 | 建物内 | 自宅敷地内 | 駅構内(改札内) | 駅構内(改札外) |
| 事故発生状況(詳細に) | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |

▼交通事故の場合は以下についてもご記入ください。該当項目に○をしてください。

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 被共済者 | ① 運転中の事故 ⇒ 業務外 業務中 ハイヤー・タクシー運転中 |
| | ② 同乗中の事故 ③ 歩行中の事故 ④ その他() |
| | 交通機関 自動車 バイク 自転車 その他() |
| ▼自動車・バイクの場合は下記もご記入ください。 | |
| 事故日時点での運転免許証の有無 ⇒ 有 無 事故当時飲酒の有無 ⇒ 有 無 | |
| 自動車またはバイク ⇒ 自車 他車 | |
| 相手方 | 自動車 バイク 自転車 歩行者 物体 なし その他() |

▼公的証明が取得できない場合

<目撃者証明欄>

※ この目撃者証明欄は、事業細則に定める公的証明の取り付けができない場合のみ必要となります。その場合、目撃者より証明を受けてください。

| | | | | |
|-------------------------|-------|---|---|--------|
| 上記事項は事実に相違ないことを証明いたします。 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 証明者(目撃者) 住所 | | | | |
| お名前 | 大正・昭和 | 年 | 月 | 日生(歳) |
| 電話 | 平成・西暦 | | | |

▼目撃者がいない場合

<交通事故以外の事故の場合の自己申告・証明欄>兼<交通事故の場合の第三者証明欄>

※ 交通事故の場合で、公的証明が取得できずかつ目撃者がいない場合にその理由が、当会が妥当であると判断した場合に限り、共済契約者・被共済者(受傷者)・共済金受取人以外の方に、申告・証明していただくものです(第三者証明)。

※ 交通事故以外の場合で、公的証明が取得できずかつ目撃者がいない場合に、上記内容に相違ないことを、受傷者本人(被共済者)自身が申告・証明し記入いただくものです。

| | | | | |
|-------------------------|-------|---|---|--------|
| 上記事項は事実に相違ないことを証明いたします。 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 証明者(申告者) 住所 | | | | |
| お名前 | 大正・昭和 | 年 | 月 | 日生(歳) |
| 電話 | 平成・西暦 | | | |

※ 当会が必要と判断した場合は、必要な証明書類等を別途提出していただく場合があります。



申告者様のご記入・押印ください

ボールペンなど消えない筆記具にてご記入ください

全国労働者共済生活協同組合連合会

※下記書類の添付があれば○印を付けてください

- ① 診断書のコピー
- ② 医療機関発行の領収書
- ③ 診療明細書
- ④ その他 ()

全労済 御中

入院・通院 自己申告書

(注1)この書類は医師が記入する診断書ではなく、申告者様にご記入いただくものです。
 (注2)正確にご申告をいただけなかった場合、共済金がお支払いできないことや契約が解除される場合もあります。

記入日 年 月 日

押印をお忘れなく

| | | | |
|---------|------|---|------------------------------|
| 申告者 | フリガナ | <div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div> | <p>共済金受取人がご申告ください</p> |
| 被共済者お名前 | フリガナ | | |
| | | 生年月日 | |

▼治療状況についてご記入ください

| | | |
|----------|--|---------------|
| 傷病名(診断名) | 受傷日(発病日) | 年 月 日 |
| | 初診日 | 年 月 日 |
| 身体の部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> その他 → [] | |
| ケガの状態 | <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 筋・腱・靭帯断裂 <input type="checkbox"/> きり傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他 → [] | |
| 入院期間 | ① 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | 病院名: |
| | ② 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | 病院名: |
| | ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | 病院名: |
| 手術名 | 手術日 | ① 年 月 日 |
| | | ② 年 月 日 |
| 放射線治療の名称 | 放射線照射期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 現在の状態 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 転医 → [転医先病院名:] | |

▼通院(病院名と通院日)および固定具使用(医師の指示によるもの)をされた場合にご記入ください

複数の病院で治療を受けられた場合は、1つ目の病院は○印を、2つ目の病院は△印を
 その他にも治療先がございましたら、それぞれ印を区別してご記入をお願いいたします。

| | |
|---------|---------|
| ○印の病院名: | △印の病院名: |
| □印の病院名: | ×印の病院名: |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|
| 例:XX年 6月 | 1 | ② | 3 | 4 | ⑤ | 6 | 7 | 8 | 9 | ⑩ | 11 | 12 | ⑬ | 14 | ⑮ | 16 | ⑰ | 18 | ⑱ | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | ⑳ | 29 | 30 | 31 | 計 8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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

| | | |
|----------|----------|--|
| 固定具の取り扱い | 固定具の使用期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | 固定具の種類 | <input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> その他 → [] |

▼今回の傷病に関する前医(紹介医)および既往症(持病)についてご記入ください。「有り」の場合はその詳細もご記入ください。
 ご記入がない場合は、それぞれの項目について「無し」としてお取り扱いいたします。

| | | | |
|--|-------|-------|-----------|
| 前医(紹介医)の有無 | 病 院 名 | 医 師 名 | 治 療 期 間 |
| <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り → | | | 年 月 ~ 年 月 |
| 既往症(持病)の有無 | 傷 病 名 | 病 院 名 | 治 療 期 間 |
| <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り → | | | 年 月 ~ 年 月 |