

6 治療状況記入書の記入例

- ・ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。
- ・ご記入の内容を訂正する場合は、二重線を引き、訂正箇所にご捺印のうえ、お書き直してください。なお、通院欄の訂正箇所にはご捺印不要です。
- ※枠からはみ出さないようにご記入ください。付箋等は貼り付けしないでください。

8 おけがされた部位が2か所以上ある場合、一番重いおけがについてチェックしてください。

9 3か所以上の医療機関で治療された場合は、別紙にご記入のうえ同封してください。(付箋のように貼付けはしないでください。)

10 通院欄を訂正する場合は下記のように二重線で訂正をお願いします(捺印は不要です)。



- ・治療処置を伴わない薬剤・治療材料の購入、受取りのみの場合は、通院には該当せず、お支払い対象とはなりません。
- ・1日に2か所以上の医療機関に通院された場合は1日分としてお支払いになります。

11 手術有にチェックした場合は、診療明細書・診療報酬明細書・手術の同意書等、手術の内容が確認できる書類のコピーを添付してください。

- 12
- ・ギプス: 受傷部の周囲360度を覆い固定する硬質(もしくは石膏)の器具。
 - ・ギプスシーネ: ギプス固定の後、ギプスの一部をカットして副子として使用するもの。
 - ・ギプスシャーレ: ギプス固定の後、ギプスを半分にカットして副子として使用するもの。
 - ・シーネ(副子・副木): 受傷部の一侧に当て、包帯等で巻いて固定する器具。

- 13
- 長管骨と三大関節部分を指します。長管骨とは、上腕骨、橈骨、尺骨、大腿骨、脛骨および腓骨をいいます。三大関節部分には、肩甲骨、鎖骨、手根骨、腸骨、恥骨、坐骨、膝蓋骨、距骨、踵骨および足根骨を含みます。

治療状況記入書

※必ずご記入をお願いします。
 ※枠からはみ出さないようにご記入ください。
 ※付箋等を貼り付けしないでください。

6 治療状況

傷病名 **右足首骨折、右手首捻挫**

おけがの内容 1) 主要な部位 2) チェック 3) 主な状態	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 顔(左記以外) <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 二の腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 手(甲・平) <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 太もも <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input checked="" type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> アキレス腱 <input type="checkbox"/> 足(甲・裏) <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 全身
	<input type="checkbox"/> 切り傷・すり傷 <input type="checkbox"/> 挫傷・打撲 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 脱臼骨折 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 肉離れ <input type="checkbox"/> じん帯損傷 <input type="checkbox"/> 腱断裂 <input type="checkbox"/> 神経損傷
	<input type="checkbox"/> 左 <input checked="" type="checkbox"/> 右

ご記入いただいた治療状況について、医療機関等へ確認させていただく場合がございます。

医療機関	① 名称 安心病院 TEL 03-1234-XXXX
	② 名称 安心整形外科 TEL 03-2222-XXXX

入院

1回目 20**20**年 5月 5日 ~ 20**20**年 5月 6日 医療機関① 医療機関②

2回目 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 医療機関① 医療機関②

10 通院 実際に通院治療を受けた日にちを記号でご記入ください。(医療機関①は「○」、医療機関②は「×」) 記入を間違えた場合は、二重線 ~~〇~~ ~~×~~ で修正をしてください。

年月日	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	
20 20 年 5月										○					×						×											
20 20 年 6月				×						×					×							×		×								×
20 20 年 7月				×																												
20 年 月																																
20 年 月																																
20 年 月																																

診療明細書・診療報酬明細書・手術の同意書等、手術の内容が確認できる書類のコピーを添付してください。

11 手術の有無

無 有 (手術名 **骨折観血的手術(K046)**) 手術日 20**20**年 5月 5日

先進医療 該当する 該当しない

手術日 20 年 月 日 先進医療 該当する 該当しない

12 固定具種類 医師等の指示により固定具を常時装着した期間 (入室中のみ取り外す時の状態は常時装着に含まれます。)

ギプス等の固定具使用の有無	<input type="checkbox"/> 無	20 20 年 5月 6日から	<input checked="" type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ	腕または脚の全部または一部の固定有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	胸部または腹部の固定有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	20 20 年 6月 3日まで	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 無	20 年 月 日から	<input type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	20 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

13 後遺障害の有無について

今回のおけがで医師から身体に障害が残ると指摘されているときは、後遺障害に関する保険金をお支払できる場合がございますので、右の「有」にチェックをお願いします。(詳しくは、「後遺障害に関する保険金のご案内」をご確認ください。なお、「有」にチェックいただいた場合でも、後遺障害に関する保険金をお支払できる可能性がありますと当社が判断した場合のみ担当者からご連絡致します。)

有