

## 受診状況等証明書

|   |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-------------------------|----|----|----|-----|---------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------|----|----|----|----|----|----|-----------|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関担当者が意見を記入するところ                          | 患者氏名                    |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 傷病名                     |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             | 初診日                         | 令和   | 年  | 月  | 日  |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 発病年月日                   | 令和 | 年  | 月  | 日   | 発病の原因   |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 労務不能と認められた期間            | 令和 | 年  | 月  | 日から |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         | 令和 | 年  | 月  | 日まで |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | うち、入院期間                 | 令和 | 年  | 月  | 日から | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 公費( ) |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         | 令和 | 年  | 月  | 日まで | 転帰      | <input type="checkbox"/> 自費 | <input type="checkbox"/> その他   | <input type="checkbox"/> 治癒 | <input type="checkbox"/> 中止 | <input type="checkbox"/> 繰越 | <input type="checkbox"/> 転医 |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。 | 令和 | 年  | 月  | 1   | 2       | 3                           | 4                              | 5                           | 6                           | 7                           | 8                           | 9    | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療<br>実日数 | 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         |    |    |    | 16  | 17      | 18                          | 19                             | 20                          | 21                          | 22                          | 23                          | 24   | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |           |   | 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         | 令和 | 年  | 月  | 1   | 2       | 3                           | 4                              | 5                           | 6                           | 7                           | 8                           | 9    | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療<br>実日数 | 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         |    |    | 16 | 17  | 18      | 19                          | 20                             | 21                          | 22                          | 23                          | 24                          | 25   | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         | 令和 | 年  | 月  | 1   | 2       | 3                           | 4                              | 5                           | 6                           | 7                           | 8                           | 9    | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療<br>実日数 | 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         |    | 16 | 17 | 18  | 19      | 20                          | 21                             | 22                          | 23                          | 24                          | 25                          | 26   | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             | 手術年月日                       | 令和   | 年  | 月  | 日  |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             | 退院年月日                       | 令和   | 年  | 月  | 日  |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見            |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             | 令和                          | 年    | 月  | 日  |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません。                              |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の所在地                                    |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の名称                                     |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             |                             |      |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師の氏名                                       |                         |    |    |    |     |         |                             |                                |                             |                             |                             | Ⓜ                           | 電話番号 |    |    |    |    |    |    |           |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 受診状況等証明書

|   |   |  |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|---|---|--|---|---|---|---------|---|---|---|-------|-----------------|----|----|----|----|----|----|-----------------|----|---|
| 医療機関<br>担当<br>者が<br>意見<br>を<br>記入<br>する<br>ところ  | 患者氏名  | 身延 花子                                  |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|   | 傷病名   | 新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)               |   |   |   | 初診日     | 令和 2 年 3 月 10 日   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|   | 発病年月日                                       | 令和 2 年 3 月 10 日                        |   |   |   | 発病の原因   | 不詳  |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|   | 労務不能と認められた期間                                | 令和 2 年 3 月 10 日から<br>令和 2 年 3 月 31 日まで |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|   | うち、入院期間                                     | 令和 2 年 3 月 10 日から                      |   |   |   | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症)<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|   |   | 令和 2 年 3 月 31 日まで                      |   |   |   | 転帰      | <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医       |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|   | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。                     | 令和 2 年 3 月                             | 1 | 2 | 3 | 4       | 5   | 6 | 7 | 8     | 9               | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療<br>実日数       | 22 | 日 |
|   |   | 令和 年 月                                 | 1 | 2 | 3 | 4       | 5   | 6 | 7 | 8     | 9               | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療<br>実日数       |    | 日 |
|   |   | 令和 年 月                                 | 1 | 2 | 3 | 4       | 5   | 6 | 7 | 8     | 9               | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療<br>実日数       |    | 日 |
|   | 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) |  |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
| 新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。 |   |  |   |   |   |         |   |   |   | 手術年月日 | 令和 年 月 日        |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|   |   |  |   |   |   |         |   |   |   | 退院年月日 | 令和 2 年 3 月 31 日 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
| 症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見  |   |  |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
| 肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。                                      |   |  |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
|   |   |  |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    | 令和 2 年 4 月 10 日 |    |   |
| 上記のとおり相違ありません。  |   |  |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
| 医療機関の所在地  |   | △△県◇◇市××町1丁目2番3号                       |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
| 医療機関の名称   |   | 国保総合病院                                 |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |
| 医師の氏名   |   | 国保 四郎 (印) 電話番号 345-678-9012            |   |   |   |         |   |   |   |       |                 |    |    |    |    |    |    |                 |    |   |