(様式第3号別紙)

アフターケアの実施期間の更新に関する診断書

| | | (元号) | | | | |
|--|---------|----------|-------|-------------------|---|--|
| 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | |
| 1 対象傷病名 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 2 最近1年間の診察実施回数: | | | | | | |
| / 例えば、「 <u>1</u> か月に <u>1</u> 回程度」、「 <u>1</u> か月に <u>2</u> 回程度」、「 <u>3</u> か月に <u>1</u> 回程度」と記 | | | | | | |
| 入してください。また、最近 1 年間に診察がなかった場合は、 $\lceil 1 \ 2 \rceil$ か月に $ 0 $ 回程 | | | | | | |
| 度」と記入してください。 | | | | | | |
| 3 後遺症状の状態 | | | | | | |
| (1)現在における後遺症状の状態(具体的に記載してください。): | | | | | | |
| (1) Sulfines of Manager (Million Manager (Million Manager)) | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Note that the second se | | | | | *************************************** | |
| * (2)後遺症状の動揺のおそれ(該当 | する番号を○ |)で囲んでくだる | ۲۷.) | | | |
| ① あり (a:治ゆ時より減少 | b : 治ゆ時 | と同程度 c: | 治ゆ時よ | り増大 |) | |
| ② なし | | | | | | |
| (3)後遺障害に付随する疾病の発症 | のおそれ (該 | 3当する番号を(| つで囲んっ | でくださ | きい。) | |
| ① あり (a:治ゆ時より減少 | b:治ゆ時 | と同程度 c: | 治ゆ時よ | り増大 |) | |
| ② なし | | | | | | |
| (2)及び(3)については、 | 「① あり」の | 場合には、それ | ıぞれの | 「おそれ | 1107 | |
| 程度が治ゆ時と比較してどのよう | - | | | OUNTER COMMISSION | | |
| んでください。 | | | | | J | |

(※) 「後遺症状の動揺」とは、後遺症状の程度の増減又は変動をいいます。

| 4 実施期間の更新の必要性 (該当する番号を○で囲んでください。) |
|--|
| ① あり ② なし |
| ※ 「① あり」又は「② なし」とする理由を以下に具体的に記述してください。 |
| 「① あり」の場合は、「(2) 今後予想される必要とする診察実施回数」を |
| |
| 記入してください。 |
| |
| (1) 上記の理由: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| (2) 今後予想される必要とする診察実施回数: か月に 回程度 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| 上記のとおり診断します。 |
| (元号) |
| 年 月 日 |
| |
| 実施医療機関等 |
| |
| 名 称 |
| |
| |
| 所在地 |
| AA who whi |
| 診療科 |
| |
| 医師名 |