

(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

ふりがな 氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	男・女
1 対象傷病名				
2 最近1年間の診察実施回数： _____ か月に _____ 回程度 〔 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、「 <u>1 2</u> か月に <u>0</u> 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。）： _____ _____ _____ _____ _____				
※ (2) 後遺症状の動揺のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。） 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 (3) 後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。） 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、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んでください。 〕				

(※) 「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」の場合には、以下の「（１）実施期間の更新を必要とする理由」を具体的に記述し、「（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）実施期間の更新を必要とする理由：

.....

.....

.....

.....

.....

（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。

令和 年 月 日

実施医療機関等

名 称

.....

所在地

.....

診療科

.....

医師名

.....