

アフターケア実施期間の更新に関する診断書(例)

ふりがな 氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	男・女
1 対象傷病名							
2 診察実施回数 (1) 期間： ① 1か月 ② 2か月 ③ 3か月 ④ 4か月 ⑤ 5か月 ⑥ 6か月 (2) 回数： ① 1回程度 ② 2回程度 ③ 3回程度 ④ 4回程度 ⑤ 5回以上							
3 後遺症状の状態 (1) 具体的な後遺症状の状態： ..... ..... ..... ..... (2) 後遺症状の動揺のおそれ 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 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							
4 実施期間の更新の必要性 ①あり ②なし (※ 以下、「①あり」の場合のみ記入してください。) (1) 実施期間の更新を必要とする理由： ..... ..... ..... ..... (2) 必要とする期間： ① 1年 ② 2年 ③ 3年 ④ その他 ( 年) (3) 必要とする診察： ア 期間： ① 1か月 ② 2か月 ③ 3か月 ④ 4か月 ⑤ 5か月 ⑥ 6か月 イ 回数： ① 1回程度 ② 2回程度 ③ 3回程度 ④ 4回程度 ⑤ 5回以上							

(記載に当たって)

- 1 「2 診察実施回数」については、これまで実施してきたアフターケアの状況を示すように該当する番号を○で囲んでください。例えば、「1か月に1回程度」の実施状況であれば、「(1) 期間」の①と「(2) 回数」の①を○で囲むこととなります。
  
- 2 「3 後遺症状の状態」については、具体的な後遺症状の状態を記述してください。「(2) 後遺症状の動揺のおそれ」及び「(3) 後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ」の有無については、該当する番号を○で囲んでください。また、「あり」の場合には、それぞれ「おそれ」の程度が治ゆ時に比較して、該当する記号を○で囲んでください。
  
- 3 「4 実施期間の更新の必要性」については、その有無について、該当する番号を○で囲んでください。「①あり」の場合には、更新を必要とする理由を記述してください。「(2) 必要とする期間」、「(3) 必要とする診察(ア期間、イ回数)」については、該当する記号を○で囲んでください。

上記のとおり診断します

平成 年 月 日

実施医療機関等

名称

所在地

診療科

医師名

印