

診療録

公費負担者番号								保険者番号																																																																																																							
公費負担医療 の受給者番号								被保険者証 被保険者手帳 記号・番号																																																																																																							
受診者	氏名							有効期限		昭和・平成 年 月 日																																																																																																					
	生年月日	明大昭平	年	月	日生	男・女	被保険者氏名																																																																																																								
	資格取得	昭和・平成 年 月 日						資格取得		昭和・平成 年 月 日																																																																																																					
	被保険者との続柄							所在地																																																																																																							
	住所	〒						名称																																																																																																							
		電話		局		番		保険証確認欄		<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																				
傷病名								職務	開始・終了				転記	実日数																																																																																																	
								上・外	初診	年 月 日				治中																																																																																																	
									終了	年 月 日																																																																																																					
								上・外	初診	年 月 日				治中																																																																																																	
									終了	年 月 日																																																																																																					
								上・外	初診	年 月 日				治中																																																																																																	
									終了	年 月 日																																																																																																					
								上・外	初診	年 月 日				治中																																																																																																	
									終了	年 月 日																																																																																																					
								上・外	初診	年 月 日				治中																																																																																																	
									終了	年 月 日																																																																																																					
								上・外	初診	年 月 日				治中																																																																																																	
									終了	年 月 日																																																																																																					
								上・外	初診	年 月 日				治中																																																																																																	
									終了	年 月 日																																																																																																					
備考	レントゲン																																																																																																														
	NO																																																																																																														
	年 月 日																																																																																																														
	年 月 日																																																																																																														
	年 月 日																																																																																																														
	年 月 日																																																																																																														
年 月 日		ミニドック		公費負担者番号																																																																																																											
年 月 日		年 月 日		公費負担医療 の受給者番号																																																																																																											

傷病名	職務	開始・終了			転記		実日数
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		
	上・外	初診	年	月	日	治中	
	上・外	終了	年	月	日		

使	用	薬	剤

種別 月日	既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等