

傷害診断書

_____年 _____月審査

チーム記入欄

チーム登録番号 2 8 0 2 0 0 1	JRFU共通個人ID	チーム名 芦屋ラグビースクール
傷病者氏名	男 昭和 _____年 _____月 _____日生 _____歳 女 平成 _____年 _____月 _____日生 _____歳	
傷病者住所	〒□□□-□□□□	TEL ()
脳震盪の場合	脳震盪/脳震盪の疑い報告書提出日 _____年 _____月 _____日	復帰証明提出日 _____年 _____月 _____日

医師記入欄

(特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください)

1	傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	傷病発生年月日	1) _____年 _____月 _____日 2) _____年 _____月 _____日 3) _____年 _____月 _____日
2	初診日	1) 初診日 _____平成 _____年 _____月 _____日		
3	外来通院期間	1) _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで 2) _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで		
4	入院期間	1) _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで 2) _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで		
5	検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI その他の検査 _____		
6	治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 手術的治療 (検査・治療ともチェックを入れてください)		
7	手術日	(手術治療を行った場合に記入して下さい) 1) _____年 _____月 _____日 術式 2) _____年 _____月 _____日 術式		
8	治療内容			
9	既往症・持病又は既存の身体障害	有 _____ 無 _____ (有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください)		

以上の通り証明〔診断〕する。 所在地 _____
電話番号 _____
平成 _____年 _____月 病院又は診療所の名称 _____
医師氏名 _____ (印)

協会記入欄

見舞金給付表 該当項目	等級 [] - ()	審査決定年月日 _____年 _____月 _____日
都道府県協会 受付日	協会 印	三地域協会 受付日 _____ 日本協会 受付日 _____