

傷害診断書

西暦 年 月 審査

チーム記入欄

チーム登録番号 2802001	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	フリガナ 男女	西暦 年 月 日生 歳
傷病者住所	〒 TEL ()	
脳振盪の場合	脳振盪/脳振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) 傷病発生年月日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
2	初診日	1) 西暦 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) 有 無
<p>以上の通り証明〔診断〕する。所在地 病院又は 電話番号</p> <p>西暦 年 月 日 診療所の名称 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>		

協会記入欄

見舞金給付表 該当項目	等級 [] - ()	審査決定年月日 西暦 年 月 日
都道府県協会 受付日 年 月 日 協会 (印)	三支部協会 受付日 (印)	日本協会 受付日 年 月 日