

様式第5号（第4条関係）

原村農業者労働災害共済共済金請求用診断書

|                              |                            |  |              |
|------------------------------|----------------------------|--|--------------|
| 罹災者氏名                        | 住 所                        |  |              |
|                              | フリガナ                       | 年 月 日生（ 歳）   |              |
| 氏名                           |                            |  |              |
| 事故発生年月日                      | 年 月 日                      | 事故の原因  |              |
| 傷病名                          |                            |  |              |
| 傷病の経過                        |                            |  |              |
|                              |                            |  |              |
|                              |                            |  |              |
| 障害（後遺症）の有無と程度                |                            | 有・無  | 程度           |
| 初診                           | 年 月 日                      | 転医   | 年 月 日（理由）    |
| 入院                           | 年 月 日から<br>年 月 日まで         | 〔 日〕   | を要する<br>を要した |
| 通院                           | 年 月 日から<br>年 月 日まで         | 〔治療実日数 日〕  | を要する<br>を要した |
| 自宅療養                         | 年 月 日から<br>年 月 日まで         | 〔自宅療養実日数 日〕  | を要する<br>を要した |
| 内訳（入院を×・通院を○・自宅療養を△で囲んで下さい。） |                            |  | 入院 通院 自宅     |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 月                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |              |
| 上記のとおり診断する                   |                            |  |              |
| 年 月 日                        |                            |  |              |
| 診療機関                         |                            | 所在地  | TEL          |
|                              |                            | 名 称  |              |
|                              |                            | 医師名  |              |