

療養状況日常生活状況申立書

(傷病手当金を請求されている 月 日から 月 日までのことを書いてください)

① 健康保険被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 氏 名	④
③ 現 住 所			
④ 傷病手当金をもらい始めるまでの状況	あなたの職種 () 1日の就労時間 時 分から 時 分まで 時間	⑤ 労働の程度 (該当に☑をつけて下さい) <input type="checkbox"/> 重労働 <input type="checkbox"/> 中労働 <input type="checkbox"/> 軽労働	
病 気 ・ け が の 状 況			
⑥ 医師のかかり方 (該当するところへ☑をつけて 必要事項は記入して下さい。)	<input type="checkbox"/> 毎日受診している <input type="checkbox"/> _____日おきに受診している <input type="checkbox"/> 一ヶ月に_____回受診している <input type="checkbox"/> _____月に_____回受診している <input type="checkbox"/> _____月に_____回受診する	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 家族等の運転への同乗 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車運転 <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑦ 医師から療養について、どのような注意を受けていますか			
⑧ どういう体の調子ですか (自覚症状など)			
療 養 ・ 日 常 生 活 の 状 況			
⑨ 身体障害について (有の場合はどんなものか)	ことばの障害	(有・無)	(どんな障害か記入して下さい)
	精神の障害	(有・無)	(どんな障害か記入して下さい)
	マヒがありますか	(有・無)	片マヒ・・・(右・左) 両下肢(足)マヒ その他・・・()
⑩ 薬の服用について (使用) (該当するところへ☑をつけて 必要事項を記入して下さい。)	<input type="checkbox"/> 医師からの薬を使用していた <input type="checkbox"/> 薬局等で買った薬を使用していた(薬品名) 1日_____回服用(使用)・・・(朝・昼・夕・夜・就寝前)		
⑪ 安 静 時 間	1日_____時間以上		
⑫ 毎日どういうことをすることにしていますか (該当するところへ☑をつけて 必要事項を記入して下さい。)	<input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 1日_____時間位横になっている <input type="checkbox"/> 散歩をする_____時間位 <input type="checkbox"/> 普通の生活をする <input type="checkbox"/> 家の軽い仕事をする <input type="checkbox"/> 家で内職する <input type="checkbox"/> アルバイトをする <input type="checkbox"/> その他		
⑬ 毎日どんなことをしていますか (該当するところへ☑をつけて 下さい。)	<input type="checkbox"/> 読書をする <input type="checkbox"/> ラジオを聴く <input type="checkbox"/> テレビを見る <input type="checkbox"/> 談話をする <input type="checkbox"/> 手紙などを書く <input type="checkbox"/> 子供と遊ぶ <input type="checkbox"/> 遊びに行く <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		
⑭ いつごろから、どんな仕事につく事ができそうですか	_____年 _____月頃から <input type="checkbox"/> 休む前にしていた仕事 <input type="checkbox"/> 今後、仕事を変えたい (どんな仕事)	⑮ 働いていない理由 <input type="checkbox"/> 医師から働くことを止められている <input type="checkbox"/> 体力に自信がない <input type="checkbox"/> 働く意欲がない <input type="checkbox"/> 働きたいが、適切な職場がない <input type="checkbox"/> その他 ()	