

日常生活・療養状況申立書

年 月 日 から 年 月 日までのことをご本人がくわしくご記入下さい。

(記入日 年 月 日)

被保険者証の記号・番号	—										氏 名									
現 住 所	〒 —																			
1.仕事の内容 (退職者については以前勤務していたときの)																				
2.医師に診てもらった日を○印で囲んでください。	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	○印のもの	日	
		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	○印のもの	日	
		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	○印のもの	日	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
3.どのような治療を受けていましたか。	1.注射を打ってもらう(受診日に1回) 3.売薬等で治療していた場合 薬名 粉(錠) 日 量 2.薬をもらう1回に 水 薬 日分 4.その他 ぬり薬 日																			
4.療養について医師からどのような注意を受けましたか。																				
5.請求書に証明を受けた医療機関以外で受診された場合は、その医療機関名・住所地と通院日数	医 療 機 関 名 医療機関所在地 通院日数 日																			
6.医師に診てもらっていない場合はその理由																				
7.どんな体の調子でしたか。(自覚症状等) また働くことができなかった主な原因はなんでしたか。	(くわしくご記入下さい)																			
8.毎日の生活状況 (該当番号を○印で囲んでください。)	1. 絶対安静 2. 1日横になっていた 3. 1日 時間くらい横になっていた 4. 安静時間をとっていた(午前 時間・午後 時間) 5. 無理をしない普通の生活をしていた 6. 家の軽い仕事をしていた 7. その他 []																			
9.受診状況 (該当番号を○印で囲んでください。)	通院日数 1. 日おきに受診していた 2. ヶ月かに 回受診していた 通院方法 1. 徒歩 2. 自家用車 (3. 自身の運転 4. 家族等の運転) 5. タクシー等 6. バス 7. 電車 8. その他()																			
10.いつ頃から労務に従事できそうですか。	年 月 日頃から																			

ここからは事業主様（事務担当者等）がご記入ください。

11. 上記期間中の事業所から本人への対応	☐ 面会をした。 ☐ 電話連絡をした。 ☐ その他（メール・身内との面談・【 ☐ 特になし。
12. その時の本人の状況は いかがでしたか	
13. 産業医、カウンセラー等 について	産業医（いる・いない） カウンセラー（いる・いない） その他（
14. 産業医、カウンセラー等 からの意見	☐ あり 内容 ☐ なし
15. 今後の復帰見込につい て	

(記入日 年 月 日)

上記について相違ありません

事業所住所

事業所名

事業主名

印

ご担当者名