

平成23年10月

日本医師会 御中
福島県医師会 御中

診断書（医療証明書）作成に関するお願い

東京電力株式会社
福島原子力補償相談室

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたびの福島第一原子力発電所及び福島第二原子力発電所の事故により、大変なご迷惑、ご不安をおかけしておりますことを深くお詫び申し上げます。

また、ご被害者の方々からのご依頼による診断書（医療証明書）の作成に関しましても、大変なご迷惑をおかけしまして、衷心よりお詫び申し上げます。

さて、診断書（医療証明書）につきましては、医療現場で大変なご負担となっていることを伺っておりますが、ご被害者のみなさまにご負担いただいている医療費や通院交通費等の支払いを進めるうえで、証明書類として必要となりますので、何卒ご協力をお願い申し上げます。

なお、通院交通費及び通院慰謝料につきましては、簡便な方法でご証明いただけるよう下記のとおり取り扱いを追加させていただきますので、ご参照のほどお願い申し上げます。

記

通院証明書について

ご被害者の方々に通院交通費及び通院慰謝料をご請求するにあたって、別添の「通院証明書」を証明書類としてご申請いただけます。当社にて、別途ご被害者のみなさまへは周知をいたしますが、ご被害者の方々から通院交通費及び通院慰謝料のお支払いに関して弊社指定の診断書作成のご依頼があった場合には、代替として本証明書により作成いただいて差し支えございません。

なお、自己負担額が10万円を超えた場合には、弊社指定の診断書が必要になりますので、何卒ご承知おきください。

以 上

診断書（医療証明書）

カルテ番号			
氏名	男女 M・T S・H	年 月 日生 歳	
傷病名	①	②	
診療期間	初診 年 月 日 終診 年 月 日	初診 年 月 日 終診 年 月 日	
	上記のうち 入院 年 月 日 退院 年 月 日	上記のうち 入院 年 月 日 退院 年 月 日	
	転帰 年 月 日 (治癒・中止・加療中・転医・死亡)	転帰 年 月 日 (治癒・中止・加療中・転医・死亡)	
発症・受傷時期	年 月 日頃 1. 医師推定 2. 患者申告による	年 月 日頃 1. 医師推定 2. 患者申告による	
既往症の有無	1. なし 2. あり 傷病名()		
前医または紹介医の有無	1. なし 2. あり 病院名()		
原発事故による 避難生活に 起因の有無	<input type="checkbox"/> 避難生活により発症・受傷 <input type="checkbox"/> 避難生活により悪化 <input type="checkbox"/> 避難生活の影響なし <input type="checkbox"/> 不明 上記理由 []		
就労不能の有無	当該傷病による就労不能の有無 1. なし 2. あり 就労不能があったと考えられる期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
検査所見 症状経過 治療経過			
通院状況表	診療年月	上項の傷病名に関わる通院治療日(往診日も含む)に○印をつけてください。	各月合計
	年 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	日
	年 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	日
	年 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	日
	年 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	日
	年 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	日
	年 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	日
合計			日

上記のとおり証明(診断)します。

年 月 日

医療機関名

所在地

T E L

医師名



111099800



通院証明書

氏名	男・女	生年月日	M・T S・H	年	月	日生(歳)																									
傷病名	避難との因果関係		有	無	不明																										
担当医師の証明欄																															
発症時期	平成 年 月 頃																														
診療期間	自	平成	年	月	日	診療実日数																									
	至	平成	年	月	日	日間																									
年 月 (日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
年 月 (日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
年 月 (日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
年 月 (日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
年 月 (日間)	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
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
通院した日に 印をつけてください。																															
上記のとおり治療のため通院したことを証明する。																															
平成 年 月 日																															
所在地																															
医療機関 名称																															
担当医師						印																									