傷病手当金　療養状況・日常生活状況調査票

（今回、請求される期間について、できるだけ詳しく書いてください。不明な点がありますと、組合からうかがう場合があります。）

①記号　　番号	②氏　名
又は	
個人番号 □□□□ □□□□ □□□□	③生年月日　昭・平　年　月　日

病気・けがの状況

④ 傷　病　名	
⑤ 病院へのかかり方（○印をしてください）	1. 入院中　2. 毎日通院　3. 週に____回通院　4. 月に____回通院 5. ____ケ月に____回通院　（5. と答えた方は下記の問いにもお答えください） 医師の指示ですか　/　□ 指示　□ その他（　　）
⑥ 今回請求された期間に医師から療養についてどのような注意・指示を受けていますか。	
⑦ 今回請求された期間中の体の調子はいかがでしたでしょうか（自覚症状などを詳しく）	
⑧ 受診日について（○印をしてください）	1. 予約をとって行く　2. 医師から指示された日に行く 3. 自分の都合のよい日に行く　4. 薬がなくなると行く
⑨ 診療日（今回の請求期間のうち、医療機関で診察を受けた日に○印を付けてください）	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
⑩ 薬は一回に何日分貰っていますか	1.　　日分　/　2.　　週間分　/　3.　貰っていない

療養・日常生活の状況

⑪ 日常生活の状況についてお聞かせください（日常の過ごし方）	
⑫ 症状の経過はいかがでしょうか	1. 良くなっている　2. 少し良くなっている 3. 余り変わらない　4. 少し悪くなっている 5. 悪くなっている　6. その他（　　）
⑬ いつ頃から就労可能でしょうか	1.　　年　　月ごろ［　　月　　日より就労（予定）］ 2. 見通しがたたない

横浜港運健康保険組合