

## 回 答 書 (療養状況・日常生活状況)

下記の通り相違ありません。

平成 年 月 日

1. 記号番号	—	2. 氏名	印	3. 事業所の名称	
4. あなたの住所	〒				
5. あなたのTEL番号					
<b>療 養 状 況</b>					
6. 通院の仕方 (いずれかに○)	ア 自転車	イ 汽車・電車・バス等	ウ 自分で運転して自動車	エ 人に乗せてもらって自動車	オ 徒歩
	カ その他( )				
7. 医者のかかり方 (いずれかに○)	ア 毎日行く	イ ( )日おきに行く	ウ 月に( )日行く	エ その他( )	
8. 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？					
9. 現在、お体の調子はいかがですか？(自覚症状など)					
<b>日 常 生 活 状 況</b>					
10. 食事についてどのような注意をしていますか？					
11. 毎日どのようにしてすごしていますか？ (いずれかに○)					
	ア 1日( )時間ほど横になっている	イ 1日中横になっている	ウ 散歩する 1日( )回 ( )分位	エ 軽い仕事をする(どのような: )	オ その他( )
12. その他、どのようなことをしますか？ (いずれかに○)					
	ア 読書をする	イ 手紙などを書く	ウ 散歩をする	エ テレビをみる	オ 談話をする
13. いつごろから仕事につくことが出来そうですか？	年 月 頃				
14. 勤務している時の仕事内容(詳しく)					
15. 平成 年 月 日～ 年 月 日頃迄の病気に対する自覚症状、治療状況 療養状況、日常生活状況(家庭で売薬などを服用していた場合、その薬名と服用状況)を 週又は日をおって出来るだけ詳しく記入して下さい					
朝:					
昼:					
夜:					

注意事項: 傷病手当金の支給決定に必要ですので、あなたの最近の暮らし方、休み方を書いてください。

後日、調査にお伺いすることがありますので、正確にご記入ください。