

## 療養状況・日常生活状況報告書

記入日： 令和 年 月 日 被保険者 記号-番号・氏名： 一

傷病手当金申請期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 (合計 日間)

における療養状況・日常生活状況について下記の通り報告致します。

該当する□に☑をし、状況に応じて( )内への記入や書類の写しを添付願います。傷病手当金申請の都度、本報告書も提出して下さい。

1	受診状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 毎日通院 <input type="checkbox"/> 週に(    )回 <input type="checkbox"/> 月に(    )回 <input type="checkbox"/> その他(    )
2	受診日の決め方	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自己判断で都合の良い日に行く <input type="checkbox"/> 医師より指示された日に行く <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら行く <input type="checkbox"/> その他(    )
3	受診内容 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他(    )
4	服薬について  ※右の欄内に処方薬が書ききれない場合は裏面に記入頂くか、おくすり情報の写しを添付して下さい。	<input type="checkbox"/> 薬を処方され指示通り服用している <input type="checkbox"/> 薬は処方されるが服用したりしなかったり <input type="checkbox"/> 薬は処方されるが服用していない <input type="checkbox"/> 薬は処方されていない  ※薬が処方されている場合、薬の名前と服用の指示内容を記入して下さい。 (例)×××錠 1日2回 朝と晩 食後に服用
5	療養にあたり、医師から指示されていること	
6	医師から指示されている療養期間	<input type="checkbox"/> 令和 年 月ごろまで <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他(    )
7	現在の体調について (自覚症状など)	
8	症状の経過	<input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 少し良くなっている <input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> 少し悪くなっている <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> その他(    )
9	毎日の過ごし方について (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 1日(    )時間程度横になっている <input type="checkbox"/> 横になるほどの状態ではない <input type="checkbox"/> ネットやテレビを見たり、ラジオを聴いたりする <input type="checkbox"/> 新聞や本を読む <input type="checkbox"/> 家族や友人等と会話をする <input type="checkbox"/> 日記を書く <input type="checkbox"/> 家事をする <input type="checkbox"/> ペット(    )の世話をする <input type="checkbox"/> 散歩する <input type="checkbox"/> 運動する <input type="checkbox"/> 外出する <input type="checkbox"/> 仕事(アルバイト)をする <input type="checkbox"/> その他(    )
10	失業給付について  ※( )内の書類の写しを毎回添付して下さい。	<input type="checkbox"/> 手続きは何も行っていない ( 離職票1 および 離職票2 ) <input type="checkbox"/> 申請して受け取っている ( 雇用保険受給資格者証 ) <input type="checkbox"/> 申請したが受け取っていない ( 雇用保険受給資格者証 ) <input type="checkbox"/> 療養のため給付延長申請をしている ( 受給期間延長通知書 )