

医学的依頼事項

_____に発病した新型コロナウイルス感染症に関して労災保険に請求があり、今後、業務上外の判断をする上で必要がありますので、下記事項について、御意見等を賜りますようお願いいたします。

御多忙のところ大変恐縮ですが、令和_____年_____月_____日までに御回答くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 初診日について御回答ください。
- 2 受診の端緒及び感染経路（把握している場合）についてご回答ください。
- 3 自覚症状及び自覚症状の出現日について御回答ください。
- 4 受診時における他覚所見について御回答ください。
- 5 疾患名及び PCR 検査等の検査成績などその診断根拠について御回答ください。
- 6 治療経過及び治療内容、現在の病状について御回答ください。
- 7 その他参考事項
- 8 御意見の裏付けとなる資料等がございましたら御提出ください。

以上

意見書

提出依頼のあった、_____に発病した新型コロナウイルス感染症に係る医学的事項について、下記のとおり意見等を申し述べます。

- 1 初診日について
- 2 受診の端緒及び把握している感染経路について
- 3 自覚症状及び自覚症状の出現日について
- 4 受診時における他覚所見について
- 5 疾患名及び PCR 検査等の検査成績などその診断根拠について
【疾患名、検査成績、診断根拠】

【PCR 検査結果】

- ・第 1 回検査日（令和 年 月 日）陽性・陰性
※検査が陰性の場合：疑似症患者該当の有無 【 有 ・ 無 】
- ・第 2 回検査日（令和 年 月 日）陽性・陰性
- ・第 3 回検査日（令和 年 月 日）陽性・陰性
- ・第 4 回検査日（令和 年 月 日）陽性・陰性

【画像診断、血液検査等実施日】

- ・XP／CT／MRI 画像撮影確認日 （令和 年 月 日）
- ・血液検査実施日 （令和 年 月 日）
- ・その他（ 検査）（令和 年 月 日）

6 治療経過及び治療内容、現在の病状について

7 その他参考となる事項について（本疾患に影響を与えた基礎疾患、検査が陰性の場合の疑似症患者該当の判断についての意見等）

8 意見の裏付けとなる資料等
別添のとおり。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名