



福岡医発第 1160 号 (地)
令和元年 7 月 30 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

改元に伴う様式改正の一部訂正について

改元に伴う様式改正につきましては、令和元年 5 月 16 日付け福岡医発第 491 号 (地)「改元に伴う様式の改正について」によりご連絡申し上げているところです。

今般、別添のとおり改元に伴って改正された下記様式について、厚生労働省令により一部訂正された旨、日本医師会より通知がありました。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

記

《保険医療機関及び保険医療養担当規則》

- ・診療録 (医科・歯科) (様式第 1 号)

※医科診療録における訂正箇所

- ・ (誤) 意見書に記入した労務不能時間
→ (正) 意見書に記入した労務不能期間

- ・ 欄外の「備考 この用紙は、B 列 5 番とすること。」→削除

以上

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 肥山淳一郎
会長 島田昇二郎

(保 89) F

令和元年 7 月 2 5 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松 本 吉 郎

改元に伴う様式改正の一部訂正について

改元に伴う様式改正につきましては、令和元年 5 月 1 5 日付 (保 39) F 「改元に伴う様式の改正について」によりご連絡申し上げてきたところです。

今般、添付資料のとおり、改元に伴って改正された下記様式について、厚生労働省令により一部訂正されましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

《保険医療機関及び保険医療養担当規則》

- ・診療録（医科・歯科）（様式第 1 号）

※医科診療録における訂正箇所

- ・（誤）意見書に記入した労務不能時間→（正）意見書に記入した労務不能期間
- ・欄外の「備考 この用紙は、B 列 5 番とすること。」→削除

<添付資料>

- ・官報 号外第 52 号（106～108 頁）（令和元年 6 月 28 日）

様式第一号(一)の1を次のように改める。
様式第一号(一)の1 (第二十二条関係)

診 療 録															
公費負担者番号								保 険 者 番 号							
公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号								被 保 険 者 証 帳		記号・番号		・			
受 診 者	氏 名								有 効 期 限		令和 年 月 日				
	生 年 月 日		明大昭平令		年 月 日生		男・女		被 保 険 者 氏 名						
	住 所		電話 局 番						資 格 取 得		昭和 平成 令和 年 月 日				
	職 業				被保険者 との続柄				事 業 所 所 在 地		所 在 地 電 話 局 番				
								保 険 者		名 称					
								所 在 地		電 話 局 番					
								名 称							
傷 病 名				職務		開 始		終 了		転 帰		期間満了予定日			
				上・外		月 年 日		月 年 日		治ゆ・死亡・中止		月 年 日			
				上・外		月 年 日		月 年 日		治ゆ・死亡・中止		月 年 日			
				上・外		月 年 日		月 年 日		治ゆ・死亡・中止		月 年 日			
				上・外		月 年 日		月 年 日		治ゆ・死亡・中止		月 年 日			
				上・外		月 年 日		月 年 日		治ゆ・死亡・中止		月 年 日			
				上・外		月 年 日		月 年 日		治ゆ・死亡・中止		月 年 日			
				上・外		月 年 日		月 年 日		治ゆ・死亡・中止		月 年 日			
				上・外		月 年 日		月 年 日		治ゆ・死亡・中止		月 年 日			
傷 病 名				労 務 不 能 に 関 す る 意 見						入 院 期 間					
				意見書に記入した労務不能期間						意 見 書 交 付					
				自 至		月 月 日 日間		年 月 日		自 至		月 月 日 日間			
				自 至		月 月 日 日間		年 月 日		自 至		月 月 日 日間			
				自 至		月 月 日 日間		年 月 日		自 至		月 月 日 日間			
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨															
備 考								公費負担者番号							
								公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号							

歯 科 診 療 録

様式第一号(二)の1を次のように改める。
様式第一号(二)の1 (第二十二条関係)

公費負担者番号				保 険 者 番 号			
公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号				記号・番号			
受 診 者	氏 名			有 効 期 限		令和 年 月 日	
	生 年 月 日			被 保 険 者 氏 名		昭和 平成 令和 年 月 日	
	住 所			資 格 取 得		昭 和 平 成 令 和 年 月 日	
	電話 局 番			所 在 地		電話 局 番	
	職 業			名 称		電話 局 番	
被保険者 との続柄				所 在 地		電話 局 番	
				名 称			

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	上 右 左 下 〔主訴〕その他摘要
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		

傷 病 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労務不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至 月 月 日 日間	年 月 日	自 至 月 月 日 日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備 考	