

療養と生活の状況報告書（令和 5年 3月分）

（該当するものに☑してください。他にある場合はその他に記入してください。）

| | |
|-----------------------|--|
| 受診状況 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月に 回 <input type="checkbox"/> 1週間に 回 <input type="checkbox"/> 受診していない〔理由: 〕 <input checked="" type="checkbox"/> その他〔 R5/3/3～3/31まで入院していた 〕 |
| 受診の仕方 | <input type="checkbox"/> 自己の判断による <input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示による <input type="checkbox"/> その他〔 〕 |
| 治療内容 | <input type="checkbox"/> 受診のみの治療 <input checked="" type="checkbox"/> 受診と服薬 <input type="checkbox"/> 服薬のみ <input type="checkbox"/> その他〔 〕 【治療内容: 検査、注射、レントゲン、処置など】 手術、レントゲン、注射 |
| 服用状況と服用薬名 | <input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示どおり服薬している。 <input type="checkbox"/> 医師から薬は処方されているが服薬していない 〔理由: 〕 <input type="checkbox"/> 医師から薬を処方されていない <input type="checkbox"/> その他〔 〕 【服用薬名】 〇〇 △△△ |
| 症状の経過と症状詳細 | <input type="checkbox"/> 症状はよくなっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 症状は変わっていない。 <input type="checkbox"/> 症状は悪化している。 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 【傷病によるご自身の症状】 （詳細に記入してください） 足を動かすと痛い。固定している。 |
| 療養のための医師の指示事項と必要な療養期間 | 安静にする。 【療養期間】 令和 5 年 7 月頃まで |
| 仕事について | <input type="checkbox"/> 現在就労している <input checked="" type="checkbox"/> 令和 5 年 8 月から仕事に復帰する予定 <input type="checkbox"/> 症状が回復せず、復帰は未定 <input type="checkbox"/> 症状は回復したが就労の予定はない <input type="checkbox"/> その他〔 〕 |

記入日 **令和 5 年 5 月 10 日**

被保険者氏名 **太陽 花子**