



No 30081



診療録 (Medical Record)

※ 坂部 佳正様と注

公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					
有効期限	年	月	日		

保険者番号	93200000
-------	----------

フリガナ	サカハ マサヒロ
氏名	坂部 正弘 (男)
生年月日	昭和60年2月1日生 34才
住所	〒719-0243 浅口市鴨方町鴨方2045番地1
職業	被保険者との続柄

被保険者証	記号・番号	
有効期限	平成	年 月 日
被保険者	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社	
事業所	クワケン バクチヨウ 538-2 RSKクワケンビル	
保険者	担当店	倉敷SC
	担当者	岡田 巧也 → 清水
	電話番号	086-425-1545
	照会番号	1822528232-301

保険
自賠
自費
負担
0割
本人
保険証確認
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

傷病名	業務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
右上腹部皮下異物	上外	29年08月10日		治・中・死	
頸椎捻挫	上外	31年1月12日	31年3月30日	治・中・死	
腰痛	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	
	上外			治・中・死	

入院		院	
年 月 日入院	年 月 日退院	年 月 日入院	年 月 日退院
年 月 日入院	年 月 日退院	年 月 日入院	年 月 日退院
年 月 日入院	年 月 日退院	年 月 日入院	年 月 日退院
傷病名	労務不能に関する意見		
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自 至	月 日 日間	年 月 日

主科紹介	主治医	先生	返事	未・済
------	-----	----	----	-----

公費負担者番号				
公費負担医療の受給者番号				
有効期限	年	月	日	

質 問 表

診察を受ける前にご記入下さい。

当てはまる部分に○印をつけ、()の中は書き込んで下さい。

適切な処置を行うために、出来るだけすべての項目にお答え下さるようお願いいたします。

平成 31年 / 月 12 日

お名前 (坂部 正弘) お歳 (33)

Q1 ①あなたは、どこがどのように具合が悪くて来院されましたか？

(首とこしが いたい)

②その症状は、いつ頃から始まりましたか？

(今日 おきてから)

③そのために、今までにどこかで診察を受けられましたか？

1 受けた (年 月 日)

② 受けない

病院名

診断名

治療内容

Q2 あなたは今までに、大きな病気やケガをしたり、手術を受けた事がありますか？

① ない 2 ある ()

Q3 今までに食品・薬などで発疹等アレルギー症状を起こした事がありますか？

① ない 2 ある ()

Q4 日常生活について、おたずねします。

①食欲は ない ・ 旺盛 ・ 普通

②食事は 不規則 ・ 規則正しい

③睡眠は 眠れない ・ 眠りすぎ ・ 普通 (起床 時) (就寝 時)

④便通は / 日 / 回位

⑤排尿は 昼間 / 回位 ・ 夜間 回位

⑥お酒は 飲まない ・ 飲む (時々・毎日: 合位)

⑦煙草は 吸わない ・ 吸う (1日 20本位 年間)

以前は吸っていた (年まで、1日 本位)

* 女性の方へ

①月経は 順調 ・ 不順 ・ 無月経 ・ 閉経

②今妊娠していますか？ はい ヶ月 ・ いいえ ・ 不明

Q5 生活環境についておたずねします。

①家族構成をお書き下さい。また同居の方に○印をつけて下さい。

(1人 (よめ) 子供 2人)

②お仕事の内容をお書き下さい。

(建設業) 仕事時間は通勤時間を含めて 8時~17時

Q6 あなたは日常生活及び身体に不自由を感じている点がありますか？

1 ない

② ある (首に 痛み を かんじ ます)

Q7 これから受ける診療について、ご意見・ご希望がございましたら、お書き下さい。

()

★ご協力ありがとうございました。

Miwa Memorial Hospital

同意書

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 宛

私は、下記事故における受傷者に関して、貴社の社員または貴社の委託を受けた者が、保険金または損害賠償金（治療費を含む）の支払いのため、診断書・診療報酬明細書（院外薬局を含む）、証明書などを医療機関から受領することに同意します。

医療機関： みわ記念病院 御中

私は、貴院が診断書・診療報酬明細書（院外薬局を含む）、証明書などを作成し、あいおいニッセイ同和損害保険の社員またはその委託を受けた者へ提供することに同意します。

記

事故日	平成 31年 1月 11日
受傷者	坂部 正弘
生年月日	昭和 60年 2月 11日
医療機関	みわ記念病院

平成 31 年 1 月 21 日

同意人

住所 岡山県浅口市鴨方町鴨方 2045-1

氏名 坂部 正弘

受傷者との関係

本人 ・ 配偶者 ・ 親権者 ・ 法定代理人
その他 ()

平成 31年 3月 11日

〒 719-0113

浅口市金光町佐方 80-1

みわ記念病院
沢根 様

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

岡山市北区磨屋町 10-16
担当店 岡山第一SC
担当者 藤原 圭
電話番号 086-224-6224
照会番号 1822528232-301

診療経過に関するご照会

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。日頃は弊社業務につきまして、格別のお引立てにあずかり、厚くお礼申し上げます。

さて、下記交通事故の受傷者の診療経過につきまして、別紙のとおり照会させていただきますので、ご回答くださいますようお願い申し上げます。

また、ご返送時に文書料請求書もあわせてご送付くださるようお願い申し上げます。

敬具

記

受 傷 者 : 坂部 正弘様
(生年月日: 昭和 60年 2月 11日)
事 故 日 : 平成 31年 1月 11日
診 療 科 : _____

【ご連絡事項】

平成 31年 1月 30日

〒 719-0113

浅口市金光町佐方 80-1

みわ記念病院 医事課 ご担当者 様

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

クレスキ バクロチヨ 538-2 RSKクレスキ
ビル

担当店 倉敷SC
担当者 岡田 巧也
電話番号 086-425-1545
照会番号 1822528232-301

診断書・診療報酬明細書作成のお願い

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。日頃は弊社業務につきまして、格別のお引立てにあずかり、厚くお礼申し上げます。

さて、下記交通事故の受傷者に対して弊社から保険金をお支払いするにあたり、ご多忙中誠に恐縮ですが、貴院にて受傷者の診断書・診療報酬明細書のご作成をお願い申し上げます。

本件(治療費一括払手続き、文書料を含む)に伴うお支払いは銀行振込みとなりますので、貴院への振込先をご指示ください。

なお、弊社が貴院から診断書・診療報酬明細書を直接頂くことについては、受傷者から了解を得ておりますが、貴院におかれましてもご確認頂きますようお願いいたします。

敬具

記

受 傷 者 : 坂部 正弘 様

(生年月日: 昭和 60年 2月 11日)

事 故 日 : 平成 31年 1月 11日

治 療 期 間 : 年 月 日 ~ 年 月 日

今回依頼期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日

診 療 科 : _____

【ご連絡事項】

意 書

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
TEL: 086-224-6224 FAX: 086-224-6219
http://www.aioinissaydowa.co.jp/



宛 株式会社

として、貴社の社員または貴社の委託を受けた者が、
保険金または損害賠償金（治療費を含む）の支払いのため、医療機関との間で次に掲げ
る事項を行うことに同意します。

- (1) 受傷者の症状経過、治療内容、既往症などについて医療機関へ照会すること、
およびその照会に対して医療機関から回答を得ること。
- (2) 前記(1)にあたり、必要な範囲で本件事故の受傷者に関する情報を医療機関
へ提供すること。
- (3) 受傷者のレントゲン写真などの検査資料を医療機関から借用すること、または
その写しの提供を受けること。

医療機関： みわ記念病院 御中

私は、貴院があいおいニッセイ同和損害保険の社員またはその委託を受けた者へ、上記
事項に関して回答または提供することに同意します。

記

事故日	平成 31年 1月 11日
受傷者	坂部 正弘
生年月日	昭和 60年 2月 11日
医療機関	みわ記念病院

平成 31年 1月 21日

同意人

住所 岡山県浅口市鴨方町鴨方 2045-1

氏名 坂部 正弘

受傷者との関係

本人 ・ 配偶者 ・ 親権者 ・ 法定代理人
その他 ()



平成31年 3月 15日

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 御中

住所 岡山県浅口市金光町佐方80番地1

医療機関名 医療法人 みわ記念病院

電話番号 TEL(0865) 42-5000



請求書

¥ 7,560-

但し 文書料

事故日 平成31年 1月 11日

初診日 平成31年 1月 11日

患者名 坂部 正弘 様 (33 才)

上記、金額を請求いたしますので、下記当院指定の銀行口座に振込みください。
口座への振込みをもって、支払いがなされたものと認めます。

記

振込先 (銀行等)	銀行 信金 信組	本店 支店	口座種類	店No.	口座番号
口座 名義	フリガナ	別紙あります			
	氏名				

3/22入金
あいおいニッセイ
3/15 坂部正弘様 書料 ¥7,560-

事案番号 1822528232-301

返信管理ID: 190311849350

外傷・交通事故トレスカード

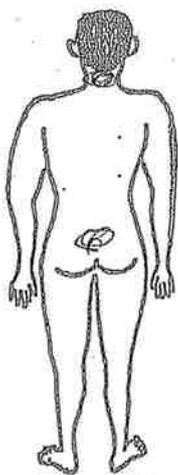
診察を受ける前に御記入下さい。
できるだけ全ての項目についてお答え下さい。後でコンピューターに打ち込みます。
()の中には書き込んで下さい。

氏名 (坂部 正弘) 年齢 (33 歳)

- いつケガをしましたか? (31 年 / 月 11 日 15 時頃)
○ どこでケガをしましたか? (鴨方)
○ どうしてケガをしましたか?

車で ~~停止~~ 停車中に
車に 追突された。

- 痛い所とケガをしたところを下の図に印を付けて下さい。



放射線検査(単純)

撮影年月日	平成 31 年 / 月 / 日	カルテNo.	3008/	区分	入院・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来
氏名	坂部 正弘 男 M・T 殿 女 S ・H60年2月11日生33才				
病室	大袋	有・無	医師	技師	至急 ポータブル
病室			江原 Dr		
撮影部位	所見：				
①頸椎2P) 2P				
②					
③腰椎2P					
④					
⑤					
備考					
			診断医		印

※カルテに貼付して下さい

物療指示箋

(外来・入院)

カルテNo.	30081	氏名	坂部 正弘	年齢	33才	性別	男・女
生年月日	M T S H 60・2・11	指示日	平成 31・1・21	指示医	印		
指示内容	部位	頻度	期間				
<input checked="" type="checkbox"/> SSP	頸部	2-3 回/週	31・2・28 まで				
<input checked="" type="checkbox"/> ホットパック	腰	5 回/週	31・3・ まで				
<input type="checkbox"/> パラパック		回/週	・ まで				
<input type="checkbox"/> マイクロウェーブ		回/週	・ まで				
<input type="checkbox"/> 牽引	頸部	Kg	回/週	・ まで			
	腰部	Kg	回/週	・ まで			
<input type="checkbox"/> マクター		回/週	・ まで				
<input type="checkbox"/> マッサージ		回/月	・ まで				
<input type="checkbox"/>		回/月	・ まで				
<input type="checkbox"/> その他		回/週	・ まで				

※口印でチェックして下さい。

※実施期間は最長1ヶ月までとし、その後延長あれば新しい指示を書いて下さい。

物療指示箋

(外来・入院)

カルテNo.	30081	氏名	坂部 正弘	年齢	34 才	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
生年月日	M T S H 60 2 11	指示日	平成 31 3 13	指示医		印	
指示内容	部位	頻度	期間				
<input checked="" type="checkbox"/> SSP) 頸部) 肘	回/週 31.3.31	まで				
<input checked="" type="checkbox"/> ホットパック		回/週 .11	まで				
<input type="checkbox"/> パラパック		回/週 . .	まで				
<input type="checkbox"/> マイクロウェーブ		回/週 . .	まで				
<input type="checkbox"/> 牽引	頸部	Kg	回/週 . .	まで			
	腰部	Kg	回/週 . .	まで			
<input type="checkbox"/> マクター		回/週 . .	まで				
<input type="checkbox"/> マッサージ		回/月 . .	まで				
<input type="checkbox"/>		回/月 . .	まで				
<input type="checkbox"/> その他		回/週 . .	まで				

※口は✓でチェックして下さい。
 ※実施期間は最長1ヶ月までとし、その後延長あれば新しい指示を書いて下さい。

消炎鎮痛等処置実施記録

カルテ番号 30081

患者氏名 坂部 正弘 様

生年月日 2022. 2. 11 性別 M 年齢 32 歳

23 年 1 月分

器具等	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
SSP																					○											
ホットパック																					○											
マイクロサージ																																
介達牽引	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
頸部()kg																																
腰部()kg																																

消炎鎮痛等処置実施記録

カルテ番号 30081
 患者氏名 坂部 正弘 様
 生年月日 560.2.11 性別 M 年齢 33 歳

31 年 2 月分

器具等	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SSP		○				○													○												
ホットパック		○				○													○												
マイクロサミー																															
介達牽引	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
頸部()kg																															
腰部()kg																															

症

状

注射・投薬・検査・処置

31. 1. 12

31. 1. 12

A500

neck pain)
LBP)

1/1 痺運動中 停車中

後足の動き変化あり

直後以降の両足の動き

今朝起床後足の動き出現

L-7 股直筋痛)
my distal)

PH neg.

C-spine
ROM almost full

finger numb) on
sens)

L-spine
5PRP ⊙

xp neg

xp 頸椎 2R 2回

腰椎 2R 2回

電子画像管理加算
単純・CT 枚

Rp) 147D

6p.



1月26日	
時	分
□ ()	
□ ()	()
□ ()	()
□ ()	()
□ ()	()

10000 + 60 = 5740

10000 x

10000

362.60.574

請求金額

5

10000

(外来の二)

症

状

注射・投薬・検査・処置

31.1.21

31.1.21

10:40S

pc 10days

四肢中の effect 2.5

切刺と

→

物庫希望

NSAIDs の

(2)

Rp) ② 10回

福木

④ bp

消炎鎮痛処置
マニキュア等
器具等

介護率

1/26

27	28	日
<input type="checkbox"/>	時	分
<input type="checkbox"/>	()	にあわず
<input type="checkbox"/>	尿量 ()	
<input type="checkbox"/>	尿尿	<input type="checkbox"/> 骨髄定量
<input type="checkbox"/>	X-P ()	
<input type="checkbox"/>	()	

72.65 35

175 - 1

31.2.-2

31.2.-2

9:20回

1030

→

NSAIDs の (17/2days)

Rp) ② 10回 物庫

④

④ bp

福木

rest 100

補建薬

紅血球力入、入) 下

full

27' 5' 2' 1' 2'

(4)

17	16	日
<input type="checkbox"/>	時	分
<input type="checkbox"/>	()	にあわず
<input type="checkbox"/>	尿量 ()	
<input type="checkbox"/>	尿尿	<input type="checkbox"/> 骨髄定量
<input type="checkbox"/>	X-P ()	
<input type="checkbox"/>	()	

72.68 35

175 - 2

症

状

注射・投薬・検査・処置

31.2.-6

31.2.-6

10=10⑤

・流涎銀痛処置

・介達要引

① マウスガード
器具等

72 35

107	-	2
-----	---	---

~~31.2.16~~

~~31.2.16~~

31.2.19

31.2.19

8=57④

PE/M. 強

Rp) ② 10回分

③ bp

④ 体



200

NPAZDS 17/3day 後

内服可仕 却退可仕
12時 20分 7時 20分
7時 20分

物原 20分 可仕

20分 可仕 可仕 可仕

20分 可仕

3	5
分	分
()	()
① ()	()
② ()	③ ()
④ ()	()

・流涎銀痛処置

・介達要引

① マウスガード
器具等

120 65 72.68.25

192	-	5
-----	---	---

(外来の二)

症

状

注射・投薬・検査・処置

3/1 あいあい 7377 様 TEL (086-224-6224)
 血液検査 2010.11.17
 治療経過を見込める等の医療照会を
 書類などのことによる あいあい 様
 やり。医療照会用の同業者のやり取り
 をこれからの経過により 行う

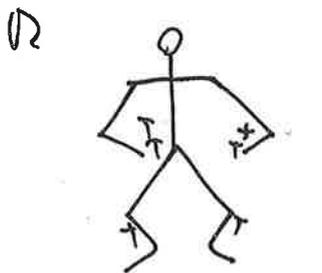
~~31.3.5~~

~~31.3.5~~

8) neck pain) => 31.3.13
 (amblyopia)
 両眼のズレ

31.3.13

10:050



4/1
 Rp) (4) do (14)
 (4)
 (4) do (6)



9) (amblyopia) 2/3 程度
 (amblyopia) 2/3 程度
 両眼のズレ
 両眼のズレ

72 68 35

項目	請求金額	控
175	-	2

31.3.30

31.3.30

9:27 (上)

pc 25m

Rp) (4) GP
 (4) 体



両眼のズレ

両眼のズレ

治療

72 68 35

175	-	2
-----	---	---

(21年度) No.(3008/) 氏名(坂部 正弘)

処方		薬
内服	①	ロキソニン錠 3xN ロキソニン錠
	②	ロキソニン錠 効用 ロキソニン錠
	③	ロキソニン錠 (50)錠 ロキソニン錠 3xN
	④	ロキソニン錠 効用
外用	①	ロキソニン錠 (50)
	②	ロキソニン錠
	③	ロキソニン錠
薬物アレルギー		

後発医薬品情報提供文書

平成 31 年 01 月 12 日

医療機関名 医療法人 みわ記念病院
 診療科名 整形外科

江尻 一郎 先生

下記患者様の薬剤を以下のとおり変更しましたのでご報告致します。

患者氏名 坂部 正弘 様

生年月日 昭和 60 年 02 月 11 日 患者ID ()

性別 男

処方日 平成 31 年 01 月 12 日 調剤日 平成 31 年 01 月 12 日

変更前薬品名		変更後薬品名	
	薬価	製造メーカー名	薬価
ロキソニンテープ 100mg		ロキソフ ロフィンNaテープ 100mg「ユートク」	
	¥34.60	祐徳	¥19.80
ムスタ錠100mg		レバミピド 錠100mg「サワイ」	
	¥12.90	沢井	¥9.90
ロキソニン錠60mg		ロキソフ ロフィンナトリウム錠60mg「日医工」	
	¥14.50	日医工	¥7.80
	¥		¥
	¥		¥
	¥		¥
	¥		¥
	¥		¥
	¥		¥

※備考

金光薬局 金光店
 〒719-0113
 岡山県浅口市金光町佐方92-2

 薬剤師名
 Tel 0865-42-9070
 Fax 0865-42-9071