





No.

氏名

既往症・原因・主要症状・経過等

処方・手術・処置等

30. 5. 08

整形外科

星野 雅洋

X-P

TA 9/6

初

自転車 × 1.39

持参あり
X-P 頭・胸・腰 脊・その他
CT
MRI
フィルム

単純 X-P

右肋骨骨折

o. Rt ankle

mod malunion tel

打撲 腫痛

ハズハズ 同定  
(219甲)

解 / 2-27-20 8巻 /

1日1枚 毎日

56

既往症・原因・主要症状・経過等

処方・手術・処置等

~~30.9.10~~

~~整形外科~~

~~松崎浩巳~~

30.9.11

整形外科

星野雅洋

診断書 (ケイサツ)

bone setter

行方不明 招合状付

↓

招合状付書けず

が行方不明自由

、本日中止



9/11 保険会社よりTELあり。

本人は骨格矯正院に行き、Dr.の同意は法的に必要で  
同意なくして施術が受けられたとの事。カルテ記載も存在せず  
説明不足もDr.へ確認してほしいとの事。星野Dr.確認  
し同意はできない旨伝えられました。セグ

~~30.9.25~~

30.9.25

整形外科

星野雅洋

モーターが壊れている

(腰のoperation XPTと付いた本あり)

事故は終了している旨伝える予定。





00000010034

ミナミ ミチノリ

宮田 道教

昭和52年 8月17日生 (41歳) 男

H 30-12-01-11:06

# リハビリテーション指示せん

発症日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

[運動器・脳血管.廃用等・呼吸]

主治医 C. J. J.

診断名 右半身不遂 合併症 \_\_\_\_\_

(新規・追加・変更)

## 〈理学療法 処方内容〉

- 1 評価
- 2 運動療法

訓練	拘縮予防・車イス・歩行訓練 筋力増強・呼吸訓練
----	----------------------------

2018/9/6 昼食

今迄. Room seth ~

→ 2018/9/6

- 3 物理療法

(温熱・低周波 その他)  
[牽引 (頸・腰) ]

## 〈作業療法 処方内容〉

- 1 評価
- 2 機能訓練

- 3 ADL訓練

- 4 精神心理的作業療法

リスク・問題点

ゴール及び

リハビリ終了の目安・時期

(保険会社使用欄)


# 診断書

カルテ番号 10034

傷病者 住所 川口市橋松1819-15  
 氏名 宮田 道教 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生

傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日(注1)
右側胸部打撲 擦傷	30年9月6日	年 月 日
右足関節打撲	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日

(注1) 既に治ゆした傷病に付しては治ゆEを また 現時点で治療絶望中の傷病に付しては治ゆ見込日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は( )内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

症状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 30年9月6日)  
 (手術のある場合は実施日をご記入ください。)

平成30年9月6日 交通事故にて負傷。  
 同日上記部位痛みを訴え救急車にて当院  
 来院。レントゲン診断より(明)なる骨折等の  
 見当がつかず 按摩及び行... 加療した

主たる検査所見

初診時の意識障害	なし・あり(程度) 継続期間 日 時間)
既往症および既存障害	なし・あり(注2)( )
後遺障害の有無	なし・あり・未定

入院治療	日間 自 年 月 日 至 年 月 日	(診断日) 平成30年9月30日 治ゆ 継続 転医 中止 死亡
通院治療	25日間(内実日数3日) 自 30年9月6日 至 30年9月30日	
ギプス固定期間	固定 除去 固定具の種類 自 年 月 日 至 年 月 日( )	
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日 至 年 月 日	

(裏面も記入願います)

上記の通り診断いたします。所在地  
 (作成日) 名称  
 平成 30.10.31 日 医師名

〒334-0074 埼玉県川口市江面3丁目35番46号 )  
 医療法人三誠会川口誠和病院  
 院長 服部 俊 弘  
 TEL(048) 285-0661 (代表)



(保険会社使用欄)


# 診断書

カルテ番号 10034

傷病者 住所 川口市榛松 1819-15  
 氏名 宮田 道教 男・女 明・大 昭和 52年 8月 17日生

傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日(注1)
右側胸部打撲 擦傷	30年 9月 6日	年 月 日
右足関節打撲	年 月 日	年 月 日
捻挫	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は(一)内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

症状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 30年 9月 6日)  
 (手術のある場合は実施日をご記入ください。)  
 投薬治療あり。加療中であり

主たる検査所見

初診時の意識障害	なし・あり(程度)	継続期間	日 時間)
既往症および既存障害	なし・あり(注2)		
後遺障害の有無	なし・あり・未定		

入院治療	日間 自 年 月 日 至 年 月 日	(診断日) 平成 30年 10月 31日
通院治療	31日間(内実日数 1日) 自 30年 10月 1日 至 30年 10月 31日	
ギブス固定期間	固定 除去 自 年 月 日 至 年 月 日 (固定具の種類)	
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日 至 年 月 日	理由

(裏面も記入願います)

上記の通り診断いたします。所在地 川口市  
 (作成日) 平成 30年 11月 30日 医師名

〒334-0074 埼玉県川口市江戸3丁目35番46号  
 医療法人三誠会川口市誠和病院  
 院長 服部 俊 (代表)  
 TEL(048) 285-0661

(保険会社使用欄)


# 診断書

カルテ番号 10034

傷病者 住所 川口市橋松 1819-15  
 氏名 宮田 道教 男 女 明・大 昭・平 52年8月17日生

傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日(注1)
右側胸部打撲 擦過傷	30年9月6日	治ゆ見込 年 月 日
右足関節捻挫	年 月 日	治ゆ見込 年 月 日
	年 月 日	治ゆ見込 年 月 日
	年 月 日	治ゆ見込 年 月 日

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は( )内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

症状の経過：治療の内容および今後の見通し (受傷日 30年9月6日)  
 (手術のある場合は実施日をご記入ください。)

胸部痛：右足関節病 残存の為、投薬治療行い  
 加療中であり

主たる検査所見

初診時の意識障害	なし・あり(程度)	継続期間	日 時間)
既往症および既存障害	なし・あり(注2)		
後遺障害の有無	なし・あり	未定	

入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	(診断日) 平成30年11月30日
通院治療	30日間(内実日数 1日) 自 30年11月1日・至 30年11月30日	治ゆ 継続 転医 中止 死亡
ギブス固定期間	固定 除去 固定具の種類 自 年 月 日・至 年 月 日	
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	理由

(裏面も記入願います)

上記の通り診断いたします。所在地 川口市  
 (作成日) 平成 30年 12月 12日 医師名

〒334-0074 埼玉県川口市江島3丁目35番46号  
 医療法人三誠会川口誠和病院  
 院長 服部 俊 弘  
 TEL(048) 285-0061(代表)

(保険会社使用欄)


# 診断書

カルテ番号 10034

傷病者 住所 1170市橋松 1819-15  
 氏名 宮田 直教 (男) 女 明・大 (昭) 平52年8月17日生

傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日(注1)
右側胸部打撲、擦過傷	30年9月6日	治ゆ見込日
右足関節捻挫	年 月 日	治ゆ見込日
	年 月 日	治ゆ見込日
	年 月 日	治ゆ見込日

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は、(一)内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

症状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 30年9月6日)  
 (手術のある場合は実施日をご記入ください。)

胸部痛、右足関節痛 残存のみリハビリテーション  
 行い加療すも 平成30年12月8日加療中止とする

主たる検査所見

初診時の意識障害	なし・あり(程度)	継続期間	日 時間)
既往症および既存障害	なし・あり(注2)		
後遺障害の有無	なし・あり(未定)		
入院治療	日間 自 年 月 日 至 年 月 日	(診断日) 平成30年12月8日	(裏面も記入願います)
通院治療	〆日間(内実日数 5日) 自 30年12月1日 至 30年12月8日	治ゆ 継続 転医 中止 死亡	
ギプス 固定期間	固定 除去 自 年 月 日 至 年 月 日 (固定具の種類)		
付添看護を 要した期間	日間 自 年 月 日 至 年 月 日	理由	

上記の通り診断いたします。所在地  
 (作成日) 名称  
 平成 年 月 日 医師名

〒334-0074 埼玉県川口市江戸3丁目35番46号  
 医療法人三誠会川伊橋和病院  
 院長 服部 俊弘 (代表) 服部 吉郎  
 TEL(043) 285-0661

No. 10034 2411

氏名 宮田 道教 (男) 女 52 年 8 月 14 日生

4/才

既往症・原因・主要症状・経過等

処方・手術・処置等

30.9.-6

自転車とバイクのTA

右側に転倒

SpO<sub>2</sub> = 97% (r.a)

右側胸部 } 打撲。  
右足関節 }

歩行可。

PH) 腰椎N<sub>7</sub> → 固定術 (2年前)  
Y19 第3HP

右側胸部擦過傷 ⊕

Xp) 明らか骨折 ⊖ と思われる。

右足首可動性良好。

30.9.12

初診時の診断書が欲しい。(警察用)

30.9.27

Y19 第3HPで肋骨骨折の診断。

→ バストバンドで加療。

今後は当院通院を希望。

30.9.-6

新加波  
PM 8:25

CD-ROM

Rp) ロキソニ (60) } 3T3x / 2日  
レバミピド (100)

ロキソニテープ (100) 1P

→ 明日かかやの Y19 第3HP  
整形外科 受診。

(24)

30.9.12

30.9.27

ロキソニテープ (100)

Rp) ~~ロキソニテープ (100)~~ 10P

(24)

次回 ⊕ 整形外科 受診。

30.10.13

整形外

科 Chit R

30.10.13

Bone seton  
通てーる

Rp) ロキソニ  
テープ (100) } 3T3x

14T<sub>5</sub>

Y19 第3HP

右肋骨骨折

固定術 2ヶ月前

ロキソニテープ 100mg

袋

10P

No.

氏名	男・女	年 月 日生	既往症・原因・主要症状・経過等		処 方・手 術・処 置 等	
			30.12.-3	<del>Hand</del>	30.12.-3	Rdo
			若くなくリハビリ継続			
			30.12.-5		30.12.-5	Rn do
			若くなくリハビリ継続			
			30.12.-7		30.12.-7	RHdo
			リハビリ Do			
			30.12.-8		30.12.-8	Rdo
			RH	<del>#R50UN</del>		
			30.12.10		30.12.10	RHdo
			C/do	(24)		
					(保)	

# 診 断 書

明治・大正・昭和・平成

氏名： 宮田 道教 様 52 年 8 月 17 日生(41才)

住所： 川口市 榛松 1819-15

病名 右側胸部打撲・擦過傷、右足関節打撲

付 記

平成30年9月6日 受傷し上記診断。

初診時の診断においては、全治に1~2週間を要する。

上記のとおり診断いたします

平成 30年 9 月 12 日

埼玉県川口市江戸3-35-46

医療法人三誠会 川口誠和病院

医師 松岡 綾



電話 (048) 285-0661

## 医療照会書 兼 回答書

【患者名】宮田 道様 【生年月日】昭和52年8月17日 【受傷日】平成30年9月6日

- ・受傷時の詳しい状況について、宮田様からどのようにお聞きになっているでしょうか。(当社で把握している事故状況は「平成30年9月6日夜、宮田様が乗っていた自転車とバイクが接触し転倒した」というものです。
  - 上記と同様の内容で聞いている  
⇒ 事故の際にどこをおつけた等の詳細 (右側) 胸筋、右足内筋痛、アキレス腱打)
  - 上記とは異なる内容で聞いている ( )
  - 交通事故としか聞いていない ( )

・貴院初診時および直近診察時における主訴・診察所見、神経学的所見、画像所見についてご教示ください。

	初診時 (平成30年9月6日)	直近診察時 (平成30年9月13日)
主訴・診察所見	右側胸筋痛 右足内筋痛 打撲痕・腫脹・出血等の外見上の所見： < 特になし・あり ( ) >	右側胸筋痛
神経学的所見	右胸部痛： < 常時・圧痛・運動時・時々・違和感 > 右足部痛： < 常時・圧痛・運動時・時々・違和感 > <input checked="" type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 異常所見なし <input type="checkbox"/> 異常所見あり ↓ 具体内容	右胸部痛： < 常時・圧痛・運動時・時々・違和感・なし > 右足部痛： < 常時・圧痛・運動時・時々・違和感 なし > <input checked="" type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 異常所見なし <input type="checkbox"/> 異常所見あり ↓ 具体内容
画像所見	外傷に伴う所見： <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (部位・内容： ) 既往症・変性等： <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部位・内容： L5/S1 椎内圧ヘルニア )	

- ・平成30年9月8日に受診した苑田第三病院では「右肋骨骨折」と診断されています。
  - ① 苑田第三病院で骨折と診断されたことについて、宮田様からお聞きになっているでしょうか。
    - 聞いていない ( )
    - 聞いている (内容： )
  - ② 貴院で撮影の画像上、右肋骨骨折は確認できるでしょうか。
    - 骨折は確認できない ( )
    - 骨折が確認できる (骨折部位・診断日： )
  - ③ 肋骨骨折の存在を疑わせる診察所見 (軋轢音、皮下出血、呼吸時痛等) は存在したでしょうか。
    - 特になし ( )
    - あり (内容： )
  - ④ 右肋骨骨折の有無について、貴院ではどのように判断されているでしょうか。
    - 骨折なしと判断している ( )
    - 骨折ありと判断している ( )
 ⇒ 宮田様に対する説明内容 ( )

・貴院における治療内容と、これまでの症状推移についてご教示ください。

治療内容：

✓VSA工からの内服薬の処方  
私共 10/13 (木) 手術後の経過についてお話し  
当院にて 9/6, 9/12, 9/27 (木) 経過についてお話し  
症状推移：(右胸部) < 大幅に改善・やや改善・一進一退・不変・悪化 >  
(右足部) < 大幅に改善・やや改善・一進一退・不変・悪化 >

・治療長期化につながる要因 (受傷形態、既往症、過去の受傷歴等) がある場合、その内容をご教示ください。

特になし

あり (内容・影響： )

不明・未確認

・本件事故に伴う就労の禁止・制限の必要性についてをご教示ください。(工場内製造作業です)

貴院初診時から禁止・制限の必要なし

一定期間 < 禁止・制限 > する必要があった

⇒ 平成 30 年 9 月 20 日頃まで、内容 ( )

その他 ( )

全治の方向  
訂正書が判出

・接骨院への併行通院についてお聞きします。

①接骨院で施術を受けることについて宮田様からどのようにお聞きになっているのでしょうか。

特に聞いていない

聞いている (内容・カルテ記載日： )

10/13 手術後経過について

②接骨院での施術に関して指示・許可を出されたことはあるでしょうか。

なし

あり ⇒ 部位 ( )

内容・期間 ( )

聞いている

③接骨院での施術の必要性・期間についてどのようにお考えでしょうか。

右胸部 ⇒  特に必要ないと考える (理由： )

必要があると考える (平成 年 月 日頃まで)

⇒ 判断理由 ( )

右足部 ⇒  特に必要ないと考える (理由： )

必要があると考える (平成 年 月 日頃まで)

⇒ 判断理由 ( )

・今後の治療方針と症状改善見込みについてご教示ください。

治療内容： 現在と同様

変更予定 ( )

症状改善見込み： 事故前の状態まで治癒する可能性が高い (平成 年 月頃)

今後も改善が期待できる ⇒ < 著明な改善 > 多少の改善 >

これ以上の改善は難しい (現状維持)

・治療終了見込み時期について現時点ではどのようにお考えでしょうか。

すでに症状不変または一進一退の状態であり治療を終了しても問題ない

いましばらく治療継続が必要である (平成30年11月頃まで)

⇒理由 (

骨折が癒えていないから  
2~3ヶ月を要するにも骨折は癒えていない

・上記時点において残存が予想される後遺障害がある場合、その内容をご教示ください。

疼痛の残存: 疼痛残存の可能性は低い

疼痛残存の可能性が高い ⇒ < 常時・運動時・時々・天気による >

⇒ < 右胸部・右足部 >

その他:

骨不癒では骨折時のレントゲン  
撮影にておりました。骨折時の骨折へ

対応はできずとも、1週間  
以上を通り回答する。

平成30年10月27日

に骨折へ判断

所在地 〒334-0074 埼玉県川口市江戸3丁目35番46号

名称 医療法人三誠会川口誠和病院

医師名

斎藤 純三 印

手術もあつす。

お忙しいところご協力ありがとうございました。

手術のレントゲン撮影もお願いす