

【提出対象者】 請求期間中の受診日数・・・1か月あたり3日以内の者
健康保険組合が必要と判断した者

療養状況・日常生活状況報告書

ユニプレス健康保険組合

傷病手当金請求期間中の療養状況および日常生活について下記事項を回答願います。
労務不能の可否を判断する参考としますので、記入もれや記入されていないと支給できない場合があります。

質問事項	回答欄 (記入 または 該当項目に○をつけてください)
報告月	() 月分
受診状況	1. 月()回通院 2. その他()
受診日の決定方法	1. 自分で判断して行く 2. 医師に指示された日に行く 3. 薬がなくなったら行く 4. その他()
受診内容 (通院の場合)	1. 診察のみ 2. 投薬のみ 3. 診察と投薬
服薬について (投薬を受けている場合)	1. 指示通り服用 2. 時々飲まない時がある 3. 飲まないことが多い 4. 飲まない 5. その他()
療養について、医師から受けていた指示・注意等	
自覚症状	
日常生活について (複数回答可)	1. 1日中横になっていた 2. 1日のうち()時間くらい横になっていた 3. 横にならなければならないほどの状態ではなかった 4. 普通の生活ができた 5. 家事・リハビリ等を行っていた 6. 買い物や友人と会ったり、家以外での趣味や活動をした 7. とときどき散歩に出るくらいで、ほとんど家の中にいた 8. 家で1人でテレビを見たり、自分の好きなことをしていた 9. 家族との会話等はほぼ毎日していた 10. 起床・就寝、食事等はほぼ規則正しく行っていた 11. 起きてはいたが、ほとんど何もしないで過ごした 12. 身の回りのことにも誰かの介助が必要だった 13. その他 []
症状の経過	1. 良くなっている 2. 少し良くなっている 3. あまり変わらない 4. 少し悪くなっている 5. 悪くなっている 6. その他()
医師から指示されている療養見込期間	令和 年 月 (初旬・中旬・下旬) 頃まで その他()
職場復帰について	1. 決定している (予定日: 年 月 日) 2. 相談・検討中である 3. 見通しがたたない

令和 年 月 日

被保険者 氏 名

印