

CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG ET LE JAPON

ルクセンブルク大公国と日本国の間の社会保障協定

RAPPORT MÉDICAL POUR LES BESOINS DE L'INSTITUTION COMPÉTENTE LUXEMBOURGEOISE

ルクセンブルクの実施機関の必要事項のための医療診断書

Numéro de référence au Luxembourg
ルクセンブルクの照会番号

I. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE CONCERNÉE 該当者に関する情報	
A. Nom 氏名	en lettres alphabétiques / ローマ字 en lettres Katakana / カタカナ
B. Sexe 性別	<input type="checkbox"/> Masculin / 男性 <input type="checkbox"/> Féminin / 女性
C. Date de naissance 生年月日	(A/M/J 年/月/日) (/ /)
D. Numéro d'identification personnel au Luxembourg ルクセンブルクにおける個人識別番号	
E. Adresse 住所 Adresse électronique 電子メールアドレス	
F. Date de la demande de pension 給付金の申請日	(A/M/J 年/月/日) (/ /)
G. Numéro du dossier / 書類番号	_____

II. LE DOCTEUR QUI A ÉTABLI CE RAPPORT/ この診断書を作成した医師	
A. Nom 氏名	
B. Adresse 住所	

III. AVIS MEDICAL / 医療上の意見	
fondé sur l'examen pratiqué en date du (A/M/J 年/月/日) 判断基準とした診断日 (/ /)	
Antécédents médicaux: 病歴	
Principales plaintes: 主な症状	
Traitement en cours: 現在受けている治療	
Antécédents socioprofessionnels: 社会的活動及び職業活動の経歴	
La personne concernée exerce-t-elle actuellement une activité professionnelle? / 該当者は職業活動を実際に行っていますか <input type="checkbox"/> oui はい <input type="checkbox"/> non いいえ	
Type d'activité / 活動の種類: _____ Nombre d'heures / 時間数: _____	
<input type="checkbox"/> Accident du travail 労災 <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle 職業病 <input type="checkbox"/> oui はい <input type="checkbox"/> non いいえ	
Type de l'activité exercée en dernier lieu / 最後の場所で行った活動の種類	
Incapacité de travail / 就労不能 <input type="checkbox"/> depuis le その状態になった日 (A/M/J 年/月/日) (/ /)	
Arrêt du travail / 休職 <input type="checkbox"/> le その状態になった日 (A/M/J 年/月/日) (/ /)	
L'invalidité, pour l'activité exercée en dernier lieu, est / 最後の場所で行った活動に対する障害 <input type="checkbox"/> totale 全体 <input type="checkbox"/> partielle 部分的 Si elle est partielle, prière de préciser le niveau d'invalidité 部分的な場合の障害の程度を記入してください	
L'invalidité constatée est / 記載された障害の状態 <input type="checkbox"/> permanente depuis le (A/M/J 年/月/日) 以来恒常的 (/ /) <input type="checkbox"/> temporaire du (/ /) から au (/ /) まで一時的	
Une amélioration de l'état de santé de la personne concernée est-elle possible? / 該当者の健康状態の改善は可能ですか <input type="checkbox"/> oui はい <input type="checkbox"/> non いいえ <input type="checkbox"/> pas de réponse 回答なし	
Un réexamen est nécessaire / 再診察が必要ですか <input type="checkbox"/> oui はい <input type="checkbox"/> non いいえ	
Date de l'examen médical: 診察日 (A/M/J 年/月/日) (/ /)	Signature / 医師の署名