

入院・通院・手術等治療証明書(診断書)

全日本自治体労働者共済生活協同組合・全国労働者共済生活協同組合連合会

健保・国保・自賠・労災・自費・()
カルテNo. _____

氏名			男・女	生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日		
住所				職業			
1. 傷病名			ICD10コード	2. 傷病発生年月日			
ア. 入院(手術)等の原因となった傷病名				年 月 日	※必ず〇印を付けてください。 医師推定・患者申告		
イ. アの原因				年 月 日	医師推定・患者申告		
ウ. 合併症				年 月 日	医師推定・患者申告		
3. 治療期間	初診	年 月 日 ~ 年 月 日		終診・現在加療中			
	入院期間	①	年 月 日 ~ 年 月 日	退院・入院中			
		②	年 月 日 ~ 年 月 日	退院・入院中			
	③	年 月 日 ~ 年 月 日	退院・入院中				
4. 前医または紹介医	有	医療機関名とその所在地			医師名		
	無	初診日	年 月 日	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
		前医または紹介医の悪性新生物としての診断確定の有無	有・無・不明	有の場合は、その病理組織診断名をご記入ください。			
5. 既往症	有	傷病名	医療機関名とその所在地				
	無	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	現在 (治療中・治癒・不詳)			
6. 発症(受傷)から初診までの症状経過(いつ頃からどのような自覚症状があり、なぜ受診するに至ったのか)、初診時の患者主訴および所見、初診以降の検査結果・治療内容							
患者申告の自覚症状発現時期(年 月 日頃・不詳) ※事故・ケガが原因の場合には具体的な「他覚的所見の有無」を明記してください。							
7. 悪性新生物の場合	今回治療した悪性新生物に罹患した以前に、別の悪性新生物の既往症がありましたか?			はい・いいえ			
	病理組織診断名	(P)TNM分類	T()N()M()	区分	原発・再発・転移		
				分類	皮膚癌・上皮内癌 非浸潤癌・浸潤癌		
		診断確定日	年 月 日	大腸の場合、組織学的壁深度 m・sm未満			
病理組織診断をしていない場合は、診断確定方法(「その他」の場合はその詳細)をご記入ください。 細胞診・その他()							
悪性新生物の病名の告知	本人への告知	有・無	本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。				
	家族への告知	有・無	家族(続柄)には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。				
8. 手術 各項目の記載と該当するものに〇印を付けてください。	診療報酬点数区分	手術名①	手術コード	K・J	1回目手術日	種類	
					年 月 日	開頭・開胸・開腹・レーザー 内視鏡・カテーテル・先進医療 その他()	
		植皮術・筋皮弁術の場合			25cm ² 以上・25cm ² 未満	筋骨手術の場合	観血・非観血
		手術名②	手術コード	K・J	2回目手術日	種類	
			年 月 日	開頭・開胸・開腹・レーザー 内視鏡・カテーテル・先進医療 その他()			
		植皮術・筋皮弁術の場合			25cm ² 以上・25cm ² 未満	筋骨手術の場合	観血・非観血
9. 放射線照射	有	部位	期間		開始	年 月 日 ~ 終了	
	無	区分	M-	総線量	グレイ	50グレイに達した日	
						年 月 日	

※ 裏面にもご記入をお願いします。

10. 特定の障害 右記(1)から(3)に該当する場合は、各項目の記載と該当するものに○印を付けてください。	(1)心臓ペースメーカー等の埋込み		埋込んだもの	心臓ペースメーカー ・ 除細動器(ICD)		
			埋込みの区分Ⅰ	初回埋込み ・ 再埋込み ・ 電池交換		
			埋込みの区分Ⅱ	恒久的埋込み ・ 一時的埋込み		
(2)人工透析療法	開始日	年 月 日	区分	恒久的なもの ・ 一時的なもの		
(3)人工肛門の造設	造設日	年 月 日	区分	恒久的なもの ・ 一時的なもの		
	直腸の切断日 (他院・他科を含む)	年 月 日	直腸および肛門を一塊として摘出しましたか？	はい ・ いいえ		
11. 特定の疾病 右記(1)または(2)に該当する場合は、各項目の記載と該当するものに○印を付けてください。	(1)肝硬変	確定診断日	年 月 日	症状 ①代償期 ②非代償期	確定診断した検査方法・検査名	①血液生化学検査 ②超音波検査 / ③CT / ④MRI ⑤腹腔鏡検査 / ⑥肝生検 ⑦(上部消化管)内視鏡検査 ⑧その他()
		原因	ウイルス性 ・ アルコール性 ・ 胆汁性 その他()			
	(2)慢性膵炎	確定診断日	年 月 日	症状 ①無症状期 ②代償期 ③移行期 ④非代償期	確定診断した検査方法・検査名	①超音波検査 / ②CT / ③MRCP ④ERCP(内視鏡的膵胆管造影法)検査 ⑤膵外分泌機能検査(セクチレン試験) ⑥膵組織所見 ⑦その他()
原因		アルコール性 ・ その他()				
臨床診断基準による慢性膵炎の分類		<input type="checkbox"/> 確診例 ・ <input type="checkbox"/> 準確診例 <input type="checkbox"/> 疑診例 ・ <input type="checkbox"/> その他()	慢性膵炎 確診例と診断した根拠			
12. 通院期間 ここまで記載した傷病に関わる実通院日に○印を付けてください。(往診日を含みません)	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	日		
	年 月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	日		
	年 月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	日		
	年 月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	日		
	年 月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日		
13. 固定具使用期間	年 月 日 ~	年 月 日	固定具の種類	ギブス ・ シーン ・ その他()		
上記のとおり証明します。						
年 月 日						
病院または診療所の						
住所						
名称						
診療科						
電話番号						
医師氏名 (印)						

お願い ① 訂正された場合には、必ず証明印による訂正印をお願いいたします。
② 原本を複写またはコピーする場合は、それぞれに捺印をお願いします。