

入院・通院・手術等治療証明書（診断書）

全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済coop）

名前	カルテ番号 ()	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
----	--------------	--	------	---	-------

1. 傷病名 ※該当する各項目の記入と該当するものにレ印を付けてください。

ア	入院・通院・手術等の原因となった傷病名	ICD-10コード ()	傷病発生年月日 (口医師推定・口本人申告・口不詳) 年 月 日 本人への病名告知日 年 月 日
イ	アの原因	ICD-10コード ()	傷病発生年月日または事故発生日 年 月 日
ウ	合併症	ICD-10コード ()	傷病発生年月日または事故発生日 年 月 日
[合併症について、入院の必要の有無： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無] → 「有」の場合、必要な期間 ① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日			
エ	アが「疾病」の場合、初診のきっかけ	<input type="checkbox"/> 症状が出現したため本人の自己判断で受診 <input type="checkbox"/> 他医療機関または他診療科からの紹介、転医・転科 <input type="checkbox"/> 健康診断等の結果（要精密検査等）に基づく受診 <input type="checkbox"/> その他 ()	
→（上記「ア」傷病の）自覚症状出現時期： 年 月（頃）			

2. 前医・紹介医 ※「有」の場合には、各項目の記入と該当するものにレ印を付けてください。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	医療機関の名称および診療科	所在地 (都道府県・市町村)	
		治療期間	初診： 年 月 日（頃）～ 年 月 日（頃）	<input type="checkbox"/> 不詳

3. 既往症・持病 ※「有」の場合には、各項目の記入と該当するものにレ印を付けてください。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療期間・治療状況 年 月（頃）～ 年 月（頃） [<input type="checkbox"/> 治療中・ <input type="checkbox"/> 治癒・ <input type="checkbox"/> 不詳]	医療機関の名称
※前記以外の既往症や持病がある場合は、本欄に「傷病名」・「治療期間」・「転帰」・「医療機関の名称」を記入ください。				

4. 治療期間、入院期間 ※該当する項目の記入と該当するものにレ印を付けてください。

初診： 年 月 日 ～ 年 月 日 [転帰： <input type="checkbox"/> 終診・ <input type="checkbox"/> 治療中・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 転医、転科]				
入院	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	① 年 月 日 ～ 年 月 日 (口退院・口入院中)	入院加療が必要と本人(または家族)へ説明した日	年 月 日
		② 年 月 日 ～ 年 月 日 (口退院・口入院中)		年 月 日
	3回目以降の入院がある場合は、本欄または別紙に「入院期間」・「退院日時点の状況（退院・入院中）」を記入ください。			
※「日帰り入院」は入院日と退院日について同一の日を記入ください。なお、この診断書において「日帰り入院」とは、入院料（DPC）、短期滞在手術等基本料2・3を含む。）の支払いが必要となる入院日と退院日が同一の入院をいいます。				

5. 手術 ※「有」の場合には、各項目の記入と該当するものにレ印を付けてください。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	ア. 開頭術、イ. 穿頭術、ウ. 開頸術、エ. 開胸術、オ. 胸腔鏡、カ. 開腹術、キ. 腹腔鏡、ク. 内視鏡またはカテーテル、ケ. 経皮的、コ. 経尿道的、サ. 経陰的、シ. レーザー、ス. 眼科レーザー、セ. その他 ()			ア～セから選択					
		手術名	診療報酬点数表区分コード	手術日	部位	手術種類	手術の内容			
		①	K J ()点	年 月 日	右 左 両側		筋骨手術の場合	植皮術・筋皮弁術の場合	口腔内手術の場合	悪性腫瘍(組織)の摘出
		②	K J ()点	年 月 日	右 左 両側		観血・非観血	25cm ² 以上 25cm ² 未満	有・無	有・無
3回目以降の手術がある場合は、本欄または別紙に「手術名」・「診療報酬点数表区分コード（保険診療点数を含む）」・「手術日」・「部位」を記入ください。										

6. 放射線治療・温熱療法 ※「有」の場合には、各項目の記入と該当するものにレ印を付けてください。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	放射線または温熱療法の名称(区分)	診療報酬点数表区分コード	部位	実施期間	総線量	50Gyに達した日
		<input type="checkbox"/> 体外照射・ <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> 温熱療法・ <input type="checkbox"/> 内用療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	M L		開始： 年 月 日 終了： 年 月 日		

7. 先進医療 ※「有」の場合には、各項目に記入ください。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名	実施期間・実施回数	先進医療技術料にかかる自己負担額
			開始： 年 月 日 実施回数 終了： 年 月 日 (回)	万 円

※裏面にもご記入をお願いいたします。

8. 「悪性新生物」、 「上皮内新生物」、 「子宮頸部等の 異形成」の場合 ※上記のいずれかに該当 する場合には、該当す る項目の記入と該当す るものにレ印を付けて ください。	診断確定日	年 月 日	区分	<input type="checkbox"/> 原発・ <input type="checkbox"/> 転移・ <input type="checkbox"/> 再発	(p) TNM分類	T	N	M	種類	<input type="checkbox"/> 浸潤癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤癌 (Tis, Ta) または上皮内癌 <input type="checkbox"/> 皮膚癌	
	検査方法 検査結果	病理組織診断の有無 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>有【病理組織診断名： _____】 <input type="checkbox"/>無【診断確定方法：<input type="checkbox"/>細胞診・<input type="checkbox"/>CT・<input type="checkbox"/>MRI・<input type="checkbox"/>内視鏡・<input type="checkbox"/>その他検査（ _____ ）】 									
	国際疾病分類、腫瘍学コード (ICD-O-3)	性状コード (五桁目)	右記いずれかに該 当する場合、該当 するものにレ印を 付けてください。		子宮頸部異形成の場合 CIN: <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3	大腸癌の場合、壁深度 <input type="checkbox"/> m・ <input type="checkbox"/> sm 以深	皮膚癌の場合、悪性黒色腫ですか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ				
	今回の悪性新生物に罹患する以前 の悪性新生物の既往の有無	<input type="checkbox"/> 有 (治療時期： _____ 年頃・ <input type="checkbox"/> 不詳) <input type="checkbox"/> 無				病名 告知	本人への悪性告知： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 家族への悪性告知： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (本人との続柄： <input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 子・ <input type="checkbox"/> その他)				
9. 「肝硬変」の場合 ※該当する場合には、各項目 の記入と該当するものにレ 印を付けてください。	診断確定日	年 月 日	診断確定に至る迄に施行された検査								
原因	<input type="checkbox"/> ウイルス性・ <input type="checkbox"/> アルコール性 <input type="checkbox"/> 胆汁性・ <input type="checkbox"/> その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 血液生化学検査・ <input type="checkbox"/> 超音波検査・ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 肝生検・ <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 (_____)								
10. 「慢性膵炎」の場合 ※該当する場合には、各項目 の記入と該当するものにレ 印を付けてください。	診断確定日	年 月 日	診断確定に至る迄に施行された検査								
原因	<input type="checkbox"/> アルコール性・ <input type="checkbox"/> その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 超音波検査・ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRCP・ <input type="checkbox"/> ERCP (内視鏡的膵胆管造影法) <input type="checkbox"/> 膵外分泌機能検査 (セクチレン試験)・ <input type="checkbox"/> 膵組織所見 <input type="checkbox"/> その他 (_____)								
11. 特定の治療が行われ ている場合 ※右記のいずれかに該当 する治療が行われてい る場合には、該当する 項目の記入と該当する ものにレ印を付けてく ださい。	心臓	心臓ペースメーカーまたは 除細動器 (ICD) の植込み	植込み日	年 月 日	→	植め込んだもの 区分 I	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・ <input type="checkbox"/> 除細動器 (ICD)				
		人工弁 (生体弁を含む) の置換	置換日	年 月 日	→	区分	<input type="checkbox"/> 初回植込み・ <input type="checkbox"/> 再植込み・ <input type="checkbox"/> 付属品交換 <input type="checkbox"/> 恒久的植込み・ <input type="checkbox"/> 一時的植込み				
	腎臓	人工透析療法	導入日	年 月 日	→	区分	<input type="checkbox"/> 恒久的なもの・ <input type="checkbox"/> 一時的なもの				
		腎臓移植	移植日	年 月 日	→	区分	<input type="checkbox"/> 初回移植・ <input type="checkbox"/> 再移植				
	直腸	人工肛門の造設	造設日	年 月 日	→	区分	<input type="checkbox"/> 恒久的なもの・ <input type="checkbox"/> 一時的なもの				
	膀胱	人工膀胱の造設	造設日	年 月 日	→	<input type="checkbox"/> 膀胱を全摘出した・ <input type="checkbox"/> 膀胱を全摘出していない					
12. 通院期間 ※「入院」・「通院」・「手術」 の原因傷病名および合 併症に関する実通院日 に○印を付けてくださ い。また、該当年月と 各月の計日数 (実通院 日数の合計) を記入く ださい。 ※実通院日には、「医師ま たは歯科医師による往 診日」、「医師または 歯科医師による電話ま たはオンライン診療日」 を含みます。	年 月	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	計： 日							
	年 月	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	計： 日							
	年 月	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	計： 日							
	年 月	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	計： 日							
	年 月	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	計： 日							
	年 月	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	計： 日							
	年 月	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	計： 日							
13. 体外固定用の 固定具使用期間 ※「有」の場合には、各項目 の記入と該当するも のにレ印を付けてくだ さい。	□有 □無	① 固定具の種類 (名称)		固定具の使用期間							
		①	<input type="checkbox"/> ギプス・ <input type="checkbox"/> シーネ・ <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	年 月 日	～	年 月 日	(□使用終了・□継続使用中)				
②	<input type="checkbox"/> ギプス・ <input type="checkbox"/> シーネ・ <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	年 月 日	～	年 月 日	(□使用終了・□継続使用中)						
上記の通り証明します。											
医療機関の所在地：						証明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日					
医療機関の名称および診療科：						医師氏名： _____ 印					
電話番号：											

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には、それぞれに捺印をお願いいたします。