

## 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 ( <input type="checkbox"/> 医師推定・ <input type="checkbox"/> 本人申告・ <input type="checkbox"/> 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		医療機関の名称					
		年 月（頃）～ 年 月（頃） <input type="checkbox"/> 治療中・ <input type="checkbox"/> 治療済・ <input type="checkbox"/> 不詳								
※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」「転医」「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 ( <input type="checkbox"/> 退院・ <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 退院・ <input type="checkbox"/> 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○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. 経腔的、シ. レーザー、ス. 眼科レーザー、セ. その他（ ）		ア～セから選択		手術の内容				
		手術名	診療報酬点数表区分コード	手術日	部位	手術種類	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：顎骨への操作	悪性腫瘍（組織）の摘出
		①	K・J ( ) 点	年 月 日	右 左 両側		観血・非観血	25cm <sup>2</sup> 以上 25cm <sup>2</sup> 未満	有・無	有・無
		②	K・J ( ) 点	年 月 日	右 左 両側		観血・非観血	25cm <sup>2</sup> 以上 25cm <sup>2</sup> 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) T N M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 <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-0-3） 性状コード （五桁目） / <input type="checkbox"/> 0・ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 6・ <input type="checkbox"/> 9	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	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（ _____ ）	診断確定に至る迄に施行された検査 <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	原因 <input type="checkbox"/> アルコール性・ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	診断確定に至る迄に施行された検査 <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	植込日 年 月 日	植め込んだもの 区分 I 区分 II	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・ <input type="checkbox"/> 除細動器（ICD） <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	
	人工弁（生体弁を含む）の置換	置換日 年 月 日	区分	<input type="checkbox"/> 初回置換・ <input type="checkbox"/> 再置換	
	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。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	固定具の種類（名称） ① <input type="checkbox"/> ギブス・ <input type="checkbox"/> シーネ・ <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	固定具の使用期間 年 月 日～ 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 使用終了・ <input type="checkbox"/> 継続使用中）		
		② <input type="checkbox"/> ギブス・ <input type="checkbox"/> シーネ・ <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	年 月 日～ 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 使用終了・ <input type="checkbox"/> 継続使用中）		
上記の通り証明します。					
証明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日					
医療機関の所在地：					
医療機関の名称および診療科：					
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には、それぞれに捺印をお願いいたします。