

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

健保・国保・自賠・労災・自費・()
カルテNo. _____

氏名	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日	<input type="text"/> 大正・ <input type="text"/> 昭和・ <input type="text"/> 平成・ <input type="text"/> 西暦 年 月 日
住所	職業		

1. 傷病名		ICD10コード	2. 傷病発生日	
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。 <input type="radio"/> 医師推定・ <input type="radio"/> 患者申告
イ. アの原因			年 月 日	<input type="radio"/> 医師推定・ <input type="radio"/> 患者申告
ウ. 合併症			年 月 日	<input type="radio"/> 医師推定・ <input type="radio"/> 患者申告

3. 治療期間	初診	年 月 日 ~	年 月 日	<input type="radio"/> 終診・ <input type="radio"/> 現在加療中	
	入院期間	①	年 月 日 ~	年 月 日	<input type="radio"/> 退院・ <input type="radio"/> 入院中
		②	年 月 日 ~	年 月 日	<input type="radio"/> 退院・ <input type="radio"/> 入院中
		③	年 月 日 ~	年 月 日	<input type="radio"/> 退院・ <input type="radio"/> 入院中

4. 前医または紹介医	<input type="radio"/> 有	医療機関名とその所在地	医師名			
	<input type="radio"/> 無	初診日	年 月 日	治療期間	年 月 日 ~	年 月 日
	<input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 不明	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	<input type="radio"/> 有	傷病名	医療機関名とその所在地	
	<input type="radio"/> 無	治療期間	年 月 日 ~	年 月 日

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、なぜ受診するにいったのか)、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?			<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
	病理組織診断名	(P)TNM分類	T()N()M()	区分 <input type="radio"/> 原発・ <input type="radio"/> 再発・ <input type="radio"/> 転移
	診断確定日	年 月 日	大腸の場合、組織学的壁深度	分類 <input type="radio"/> 皮膚癌・ <input type="radio"/> 上皮内癌 <input type="radio"/> 非浸潤癌・ <input type="radio"/> 浸潤癌
	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。 <input type="radio"/> 細胞診・ <input type="radio"/> その他()			

悪性新生物の病名の告知	本人への告知	<input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。
	家族への告知	<input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	家族(続柄)には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。

8. 手術	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	診療報酬点数区分	手術名①	手術コード	<input type="radio"/> K・ <input type="radio"/> J	1回目手術日	年 月 日	種類 <input type="radio"/> 開頭・ <input type="radio"/> 開胸・ <input type="radio"/> 開腹・ <input type="radio"/> レーザー <input type="radio"/> 内視鏡・ <input type="radio"/> カテーテル・ <input type="radio"/> 先進医療 その他()	
			部位	<input type="radio"/> 左・ <input type="radio"/> 右・ <input type="radio"/> 両側		植皮術・筋皮弁術の場合	<input type="radio"/> 25cm ² 以上・ <input type="radio"/> 25cm ² 未満	筋骨手術の場合	<input type="radio"/> 観血・ <input type="radio"/> 非観血
			手術名②	手術コード	<input type="radio"/> K・ <input type="radio"/> J	2回目手術日	年 月 日	種類 <input type="radio"/> 開頭・ <input type="radio"/> 開胸・ <input type="radio"/> 開腹・ <input type="radio"/> レーザー <input type="radio"/> 内視鏡・ <input type="radio"/> カテーテル・ <input type="radio"/> 先進医療 その他()	
			部位	<input type="radio"/> 左・ <input type="radio"/> 右・ <input type="radio"/> 両側		植皮術・筋皮弁術の場合	<input type="radio"/> 25cm ² 以上・ <input type="radio"/> 25cm ² 未満	筋骨手術の場合	<input type="radio"/> 観血・ <input type="radio"/> 非観血

9. 放射線照射	<input type="radio"/> 有	部位	期間	開始	年 月 日 ~	終了	年 月 日
	<input type="radio"/> 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 / ③ CT / ④ MRI 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()											
	(2) 慢性膵炎	原因	ウイルス性 ・ アルコール性 ・ 胆汁性 その他()		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 / ② CT / ③ MRCP ④ ERCP(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()												
		臨床診断基準による慢性膵炎の分類	確定診断例 ・ 準確定診断例 疑診断例 ・ その他()	慢性膵炎確定診断例と診断した根拠	次の○印を付けたものが認められるため、慢性膵炎確定診断例と診断した。 ① 膵石 / ② 膵内石灰化 / ③ 分枝膵管の不規則な拡張 ④ 主膵管が狭窄している場合は、狭窄部位より乳頭側の主膵管または分枝膵管の不規則な拡張 / ⑤ 膵実質の減少と小葉間繊維化 ⑥ その他()															
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。