

入院・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	男 昭和・平成 女 大正・19	年	月	日生
住所				職業

お願
い
①②
訂正本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印していただきます。

原因	傷病名	医師推定・発病（受傷）日
ア. 入院又は通院治療の原因となった傷病名		年 月 日・不詳
イ. アの原因		年 月 日・不詳
合併症		年 月 日・不詳
今回の傷病に関する前医・紹介医	有・無	病（医）院名
		医師名
		治療期間
		年 月 ~ 年 月頃迄

発病から初診までの症状経過	初診時の所見・治療経過（他覚的所見・検査結果の状況を含む）
患者申告の症状発現時期（年 月 日頃・不詳）	他覚的所見の有無と実施検査（有・無）（検査）

初診日	年 月 日	実通院治療日（○印をつけてください）																
(入院治療期間)	年 月 日 ~ 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	年 月 日 ~ 年 月 日	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
(通院治療期間)	年 月 日 ~ 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	年 月 日 ~ 年 月 日	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
(固定具使用期間)	年 月 日 ~ 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	年 月 日 ~ 年 月 日	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
(使用固定具)	年 月 日 ~ 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	ギプス、シーネ、その他（ ）	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
(現在の診療状況)	1. 入院中	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	2. 通院中	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	3. 年 月 日 終診（治ゆ・転医・中止）	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
		月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

手術 または 高度先 進医療	実施日	年 月 日	実施日	年 月 日
	診療報酬点数表の正式手術名およびコードNo.	No. K	診療報酬点数表の正式手術名およびコードNo.	No. K
	(1)		(2)	
	植皮の面積（25cm ² 以上・25cm ² 未満）		植皮の面積（25cm ² 以上・25cm ² 未満）	
手術種類	開頭・開頸・開胸・開腹・内視鏡またはカテーテルによる手術 高度先進医療 その他（ ）	手術種類	開頭・開頸・開胸・開腹・内視鏡またはカテーテルによる手術 高度先進医療 その他（ ）	
筋骨手術の場合（観血・非観血）		骨切除（有・無）		
筋骨手術の場合（観血・非観血）		骨切除（有・無）		

今回実施の放射線療法	方法	照射期間	開始	年 月 日	照射量	ラド
			終了	年 月 日		GY
既往症	有・無	傷病名	病（医）院名・所在地		治療期間	年 月 ~ 年 月頃迄 （治療中・治ゆ・不詳）

上記の通り証明いたします。

所在地

病（医）院名

電 話（ ）

担当科（ ）

医師名

(印)