

# 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 □男・□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 (□医師推定・□本人申告・□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：□有・□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。	□有・□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） ・ □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。	□有・□無	傷病名	治療期間・治療状況 年 月（頃）～ 年 月（頃）[□治療中・□治療・□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：□終診・□治療中・□経過観察・□転医、転科]				
入院	□有・□無	① 年 月 日～ 年 月 日 (□退院・□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 (□退院・□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。	□有・□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	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。	□有・□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 開始： 年 月 日 終了： 年 月 日	総線量	50Gyに達した日
		<input type="checkbox"/> 体外照射・□定位照射 <input type="checkbox"/> 温熱療法・□内用療法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	M・L				

7. 先進医療 ※「有」の場合には、各項目に記入ください。	□有・□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 開始： 年 月 日 実施回数 終了： 年 月 日 ( 回)	先進医療技術料にかかる自己負担額 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	病歴組織診断の有無										
	検査結果	<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"/> C T・ <input type="checkbox"/> M R I・ <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 ( I C D - 0 - 3 )	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。										
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		子宮頸部異形成の場合		大腸癌の場合、壁深度		皮膚癌の場合、悪性黒色腫ですか？		C I N : <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> m・ <input type="checkbox"/> sm 以深	<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"/> C T・ <input type="checkbox"/> M R I・ <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"/> C T・ <input type="checkbox"/> M R C P・ <input type="checkbox"/> E R C P (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 ( I C D ) の植込み	植込日	年 月 日 →	植め込んだもの	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・ <input type="checkbox"/> 除細動器 ( I C D )						
		人工弁 (生体弁を含む) の置換	置換日	年 月 日 →	区分 I	<input type="checkbox"/> 初回植込み・ <input type="checkbox"/> 再植込み・ <input type="checkbox"/> 付属品交換						
					区分 II	<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	計： 日									
	年 月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12	計： 日									
	年 月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12	計： 日									
	年 月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12	計： 日									
	年 月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12	計： 日									
	年 月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12	計： 日									
	年 月	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12	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)		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	( <input type="checkbox"/> 使用終了・ <input type="checkbox"/> 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	( <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。												
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。