

# 入院・通院・手術等治療証明書（診断書）

健保 国保 自賠 労災 自費 ( )

全国労働者共済生活協同組合連合会

カルテNo. \_\_\_\_\_

名前	_____ (男・女)	生年月日	西暦 大正 昭和 平成 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)等の原因傷病名	_____	_____	年 月 日	※必ず〇印を付けてください。 (医師推定)・(患者申告)
イ. アの原因	_____	_____	年 月 日	※必ず〇印を付けてください。 (医師推定)・(患者申告)
ウ. 合併症	_____	_____	年 月 日	※必ず〇印を付けてください。 (医師推定)・(患者申告)

3. 外傷時の病態 (該当する場合は〇を付けてください)

① 骨折 ② 脱臼 ③ 筋の断裂(損傷含む) ④ 腱の断裂(損傷含む) ⑤ 靭帯断裂(損傷含む) ⑥ 脊髄損傷 ⑦ 半月板損傷

診断方法 ① レントゲン検査 (xp・CT) ② MRI検査 ③ その他 ( )

4. 治療期間

初診 年 月 日 ~ 年 月 日 (終診)・(現在加療中)

入院期間

① 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院)・(入院中)

② 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院)・(入院中)

③ 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院)・(入院中)

合併症について 入院の必要の有無 (有)・(無) ⇒ 有の場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院)・(入院中)

5. 前医または紹介医

(有)・(無)

医療機関名とその所在地 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日

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)・(無)・(不明) ⇒ 有の場合は、その病理組織診断名をご記入ください。

6. 既往症

(有)・(無)

傷病名 \_\_\_\_\_ 医療機関名とその所在地 \_\_\_\_\_

治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 現在 (治療中)・(治癒)・(不詳)

7. 発症(受診)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、なぜ受診するに至ったのか)、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。

8. 手術

各項目の記載と、該当するものに〇印を付けてください。

(有)・(無)	診療報酬点数区分 (K)・(J)	-	手術名① _____	1回目手術日 年 月 日	種類 (開頭)・(開胸)・(開腹)・(レーザー)・(内視鏡)・(カテーテル)・(先進医療)・(その他) ( )
			植皮術・筋皮弁術の場合	(25cm以上)・(25cm未満)	
			手術名② _____	2回目手術日 年 月 日	種類 (開頭)・(開胸)・(開腹)・(レーザー)・(内視鏡)・(カテーテル)・(先進医療)・(その他) ( )
			植皮術・筋皮弁術の場合	(25cm以上)・(25cm未満)	
3回目以降の手術があれば記入ください。					

9. 放射線治療および温熱療法

(有)・(無)

放射線または温熱療法の名称	部位	期間	開始 年 月 日	終了 年 月 日
(体外照射)・(定位照射)・(温熱療法)・(その他) ( )				
区分 (M)・(L)	総線量	Gy	50Gyに達した日	年 月 日

※ 裏面にもご記入をお願いします。

10. 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がありましたか？		はい・いいえ	区分	原発・再発・転移	分類	皮膚癌・上皮内癌 非浸潤癌・浸潤癌
病理組織診断	有 →	病理組織診断名		(p) TNM分類	T( ) N( ) M( )	大腸癌の場合、組織学的壁深度 m・sm以深		
	無 →	診断確定日		年 月 日		皮膚癌の場合、悪性黒色腫ですか？ はい・いいえ		
「無」の場合、診断確定方法（「その他」の場合はその詳細を記入ください） 細胞診・その他( )							本人への悪性病名告知	有・無
11. 特定の疾病の場合 右記に該当する疾病の場合は、各項目の記載と、該当するものに○印を付けてください。	肝硬変	確定診断日	年 月 日		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( )		
		原因	ウイルス性・アルコール性・胆汁性 その他( )					
	慢性膵炎	確定診断日	年 月 日		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 (セクレチン試験) ⑥ 膵組織所見 ⑦ その他( )		
原因		アルコール性 その他( )						
	臨床診断基準による慢性膵炎の分類	確定例・準確定例 疑診例 その他( )	慢性膵炎確定例と診断した根拠	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. 特定の障害の場合 右記に該当する障害の場合は、各項目の記載と、該当するものに○印を付けてください。	心臓	心臓ペースメーカー・除細動器(ICD)の植込み	植込み日	年 月 日		植め込んだもの	心臓ペースメーカー・除細動器(ICD) 区分Ⅰ 初回植込み・再植込み・付属品交換 区分Ⅱ 恒久的植込み・一時的植込み	
		人工(生体)弁の置換	置換日	年 月 日		区分	初回置換・再置換	
		人工透析療法	導入日	年 月 日		区分	恒久的なもの・一時的なもの	
	腎臓	腎臓移植	移植日	年 月 日		区分	初回移植・再移植	
	膀胱	人工膀胱の造設	造設日	年 月 日		区分	恒久的なもの・一時的なもの	
	肛門	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	
13. 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				
	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				
14. 固定具使用期間	年 月 日 ~	年 月 日	固定具の種類	ギブス・シーネ・その他( )				
上記の通り証明します。								年 月 日
住所								
名称								
診療科								
医師名								
電話番号								
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。