

入院・通院・手術等治療証明書（診断書）

|   |   |   |  |                   |  |            |
|---|---|---|--|-------------------|--|------------|
|   |   | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 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<br>西暦 大正 昭和 平成<br>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。<br>(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。<br>(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。<br>(医師推定)・(患者申告)  |                   |  |            |
| 3. 外傷時の病態<br>(該当する場合は〇を付けてください)   | <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 筋の断裂(損傷含む) <input type="checkbox"/> 腱の断裂(損傷含む) <input type="checkbox"/> 靭帯断裂(損傷含む) <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 半月板損傷<br>診断方法 <input type="checkbox"/> レントゲン検査(xp・CT) <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院)・(入院中)   |  |                   |  |            |
|   |   | <input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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   | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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  |                   |  |            |
| 6. 既往症  | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無  | 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   | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明 ⇒ 有の場合は、その病理組織診断名をご記入ください。 |                   |  |            |
|   |   | 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)・(治療)・(不詳)   |   |   |  |                   |  |            |
| 7. 発症(受診)から初診までの症状経過<br>(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<br>各項目の記載と、該当するものに〇印を付けてください。   | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無  | 診療報酬点数区分<br>(K・J)   | 手術名①   | 1回目手術日<br>年 月 日   | 種類<br>(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) |            |
|   |   |   | 部位   | (左)・(右)・(両側)      |  |            |
|   |   |   | 植皮術・筋皮弁術の場合  | (25cm以上)・(25cm未満) |  | 筋骨手術の場合    |
| 手術名②  | 2回目手術日<br>年 月 日   | 種類<br>(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)  | 部位   | (左)・(右)・(両側)      |  |            |
|   |   |   | 植皮術・筋皮弁術の場合  | (25cm以上)・(25cm未満) | 筋骨手術の場合  | (観血)・(非観血) |
|   |   |   | 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   | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無  | 放射線または温熱療法の名称<br>(体外照射)・(定位照射)・(温熱療法)・(その他)   | 部位   | 期間                | 開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日                                    |            |
|   |   | 区分<br>(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?                       | <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ  | 区分   | <input type="checkbox"/> 原発・ <input type="checkbox"/> 再発・ <input type="checkbox"/> 転移  | 分類   | <input type="checkbox"/> 皮膚癌・ <input type="checkbox"/> 上皮内癌<br><input type="checkbox"/> 非浸潤癌・ <input type="checkbox"/> 浸潤癌 |
| 病理組織診断   | <input type="checkbox"/> 有 →<br><input type="checkbox"/> 無 → | 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<br>(m)・(sm)以深   |  |
|  |  | 診断確定日  | 年 月 日  |  | 皮膚癌の場合、悪性黒色腫ですか?<br><input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> 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)<br>(細胞診)・(その他)       |  |  |  |  | 本人への悪性病告知  | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無   |
| 11. 特定の疾病の場合<br>右記に該当する疾病の場合は、各項目の記載と、該当するものに〇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   | <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<br><input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> 上部(消化管)内視鏡検査<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
|  | 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<br>(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   | <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRCP<br><input type="checkbox"/> ERCP(内視鏡的膵胆管造影法)検査<br><input type="checkbox"/> 膵外分泌機能検査(セクチレン試験)<br><input type="checkbox"/> 膵組織所見 <input type="checkbox"/> その他( )          |  |
|  | 原因   | <input type="checkbox"/> アルコール性<br>(その他)   |  |  |  |  |
| 臨床診断基準による慢性膵炎の分類   |  | <input type="checkbox"/> 確診例・ <input type="checkbox"/> 準確診例<br><input type="checkbox"/> 疑診例<br>(その他)   | 慢性膵炎確診例と診断した根拠   | <input type="checkbox"/> 膵石 <input type="checkbox"/> 膵内石灰化 <input type="checkbox"/> 分枝膵管の不規則な拡張 <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 膵実質の減少と小葉間繊維化 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |
| 12. 特定の障害の場合<br>右記に該当する障害の場合は、各項目の記載と、該当するものに〇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  | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・ <input type="checkbox"/> 除細動器(ICD)   |
|  |  | 区分I  |  |  | 区分   | <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   |  |  | 区分   | <input type="checkbox"/> 恒久的植込み・ <input type="checkbox"/> 一時的植込み   |
|  | 人工(生体)弁の置換   | 置換日  | 年 月 日  | 区分   | <input type="checkbox"/> 初回置換・ <input type="checkbox"/> 再置換  |  |
|  | 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  |  |
| 膀胱   | 人工膀胱の造設  | 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   |  |
| 肛門   | 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   |  |
| 13. 通院期間<br>ここまで記載した傷病に関わる実通院日に〇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  |  |  |
| 14. 固定具使用期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日  | 固定具の種類   | <input type="checkbox"/> ギプス・ <input type="checkbox"/> 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。