

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 検査結果	病理組織診断の有無 <ul style="list-style-type: none"> → <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"/>CT・<input type="checkbox"/>MRI・<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 (ICD-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。		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？					
	性状コード (五桁目)	/0・1・2・3・6・9	CIN: <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"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <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"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRCP・ <input type="checkbox"/> ERCP (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 (ICD) の植込み	植込日	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 <input type="checkbox"/> 恒久的植込み・ <input type="checkbox"/> 一時的植込み					
		人工弁 (生体弁を含む) の置換	置換日	年 月 日	区 分	<input type="checkbox"/> 初回置換・ <input type="checkbox"/> 再置換					
		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	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								
	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。	□有・ □無	固定具の種類 (名称)		固定具の使用期間							
		①	<input type="checkbox"/> ギブス・ <input type="checkbox"/> シーネ・ <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	年 月 日	～	年 月 日	(□使用終了・□継続使用中)				
②	<input type="checkbox"/> ギブス・ <input type="checkbox"/> シーネ・ <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	年 月 日	～	年 月 日	(□使用終了・□継続使用中)						
上記の通り証明します。											
証明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日											
医療機関の所在地：											
医療機関の名称および診療科：											
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には、それぞれに捺印をお願いいたします。