

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	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 医師推定・ <input type="checkbox"/> 本人申告・ <input type="checkbox"/> 不詳) 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
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 ()	
[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、必要な期間 ① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日		
※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。		

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。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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) ・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療期間・治療状況	医療機関の名称
		年 月 (頃) ～ 年 月 (頃) [<input type="checkbox"/> 治療中・ <input type="checkbox"/> 治癒・ <input type="checkbox"/> 不詳]		
※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： <input type="checkbox"/> 終診・ <input type="checkbox"/> 治療中・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 転医、転科]		
入院 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	① 年 月 日 ～ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 退院・ <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 退院・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	ア. 開頭術、イ. 穿頭術、ウ. 開頭術、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：頭骨への操作	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以上 25cm未満	有・無	有・無
②	K・J ()点	年 月 日	右 左 両側		観血・非観血	25cm以上 25cm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。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	総線量	50Gyに達した日
		<input type="checkbox"/> 体外照射・ <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> 温熱療法・ <input type="checkbox"/> 内用療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	M・L		開始： 年 月 日 終了： 年 月 日		

7. 先進医療 ※「有」の場合には、各項目に記入ください。	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	先進医療技術料にかかる自己負担額
			開始： 年 月 日 実施回数 (回) 終了： 年 月 日	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	病理組織診断の有無									
	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"/> 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-O-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)	/00・01・02・03・06・09	C I N: 01・02・03	<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 (内視鏡的胆膵管造影法) <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	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	<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
直腸	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	
	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・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

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。

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。