

入院・手術・通院等証明書(診断書)

【お願い】別紙「診断書作成にあたってのお願い」を必ずご確認の上ご記入願います。

○○訂正が生じた場合は、専用必ず箇印に明記し、封入による封印を押出印願いをます。

1. 氏名	カルテ番号 ()				男女	生年月日	昭和 年 月 日			
傷病名	ア. 入院・治療の原因(契機)となった傷病名	※糖尿病性〇〇・外傷性〇〇は、傷病名に明記願います		傷病発生年月日 年 月 日	アが生活習慣病の場合、診断日 年 月 日		今回傷病の受診契機 年 月 日(頃)			
	イ. アを引き起こした直前の疾病や損傷・事故			年 月 日	イが生活習慣病の場合、診断日 年 月 日		□他院・前医の受診時期 □検診・健診指摘の時期 □その他			
	ウ. 入院中に治療を行った併存疾患・合併症(入院加療の必要あり)			年 月 日	ウが生活習慣病の場合、診断日 年 月 日		※□を選択し最も古い時期をご記入ください			
	エ. ウ.以外の併存疾患・合併症(入院加療の必要なし)			エが生活習慣病の場合、診断日 年 月 日	ア～エが精神疾患・生活習慣病・脂質異常症の場合の投薬内容					
	オ. 最終病理組織診断名				T NM分類 (p TNM)		診断確定日 年 月 日			
	カ. 病理組織診断がない場合の診断根拠						検査日 年 月 日			
	キ. 病名告知	本人(親権者)	には(年 月 日)頃に傷病名を()と告げた。							
	ク. がん既往歴(上記ア～オに悪性新生物または上皮内癌がある場合に限ります)	有() 無()	傷病名		医療機関 (当院・他院名)					
	診断時期	年 月 頃								
	ケ. 女性の場合	妊娠第	週(入院開始日時点)	出産日・死産日・流産日	年 月 日	※切迫流産の場合は記入不要				
3. 入院期間	当院初診	年 月 日	※帝王切開術や流産手術を行った場合は6項手術欄にご記入下さい(2項ケの年月日記入不要)							
	第1回目	年 月 日	～	年 月 日	退院	入院中	転科	今後の治療予定等		
	第2回目	年 月 日	～	年 月 日	退院	入院中	転科	I. 治癒 II. 要通院・転医通院 III. 転医入院 IV. 手術予定あり V. 放射線予定あり VI. 抗がん剤予定あり VII. 死亡退院		
第3回目以降の入院があれば、入院日・退院日をご記入願います(入院中の場合、入院中もしくは転科をご記入願います)。										
4. 前医	有() 無()	医療機関名	治療期間	年 月 日～年 月 日						
5. 特定検査	種類	血管カテーテル検査(脳)・血管カテーテル検査(心臓)・腹腔鏡検査・胸腔鏡検査・縦隔鏡検査	麻酔法	検査日						
	心臓カテーテル検査所見		全身麻酔(気管内挿管) その他の麻酔()	年 月 日						
6. 手術	種類 表より番号・英字、を選択(英字は、複数選択可)	①開頭術 ②穿頭術 ③開胸術 ④開心術 ⑤胸腔鏡下手術 ⑥開腹術 ⑦腹腔鏡下手術 ⑧眼科レーザー手術 ⑨ファイバースコープ手術 ⑩血管カテーテル手術 ⑪バスケットカテーテル手術 ⑫その他()								
	内容	A. 面積が25cm ² 以上 B. 面積が25cm ² 未満 C. 長径2cm以上 D. 長径2cm未満 E. 鞣帶・ F. 鞣帶の手術 G. 鞣帶に及ぶ H. 鞣帶に及ばない	Eの場合は J. MP関節を含む、または中枢部に及ぶ K. MP関節には及ばない、末梢側 L. 3cm以上 M. 3cm未満							
		がんに対する、喉頭・片側肺・食道・胃・片側腎・膀胱・両側卵巣・子宮摘除術の場合	N. 全摘除術 P. 部分摘除術							
	種類	診療報酬区分番号	手術名(できるだけ具体的に術式をご記入願います)	麻酔法	手術日					
	(①～⑫) (A～P)	K J	—	全身麻酔(気管内挿管) その他の麻酔()	年 月 日					
(①～⑫) (A～P)	K J	—	全身麻酔(気管内挿管) その他の麻酔()	年 月 日						
第3回目以降の手術があれば、種類・内容・診療報酬区分番号・手術名・麻酔法・手術日をご記入願います。										
7. 放射線治療(がん温熱療法)	総線量 Gy MBq	診療報酬区分番号 M	照射法(部位) ()	麻酔法	治療実施日(期間)					
				全身麻酔(気管内挿管) その他の麻酔()	開始年 月 日 終了年 月 日 (継続照射中)					
8. 先進医療	技術名	厚生労働大臣が定める施設基準に適合する場合にご記入願います。				麻酔法	開始年 月 日 終了年 月 日 (継続実施中)			
	技術料	円 × 回(受療者が支払った先進医療の技術料のみご記入願います)				療養計画期間	年 月～年 月			
9. 抗がん剤治療、インスリ、抗血栓薬(バイアスピリンを除く)	薬剤名									
※公的医療保険制度の対象のものに限ります	投与・処方した年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	左記以外の通院年月日	
10. 通院(往診含む)	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							
11. 急性心筋梗塞・拡張型心筋症の場合	労働の制限を必要とする状態が初診日から60日継続しましたか。 (ここでいう労働の制限とは軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます)							継続した・継続していない		
12. 脳卒中の場合	脳卒中による神経学的後遺症が初診日から60日継続しましたか。 (継続した・継続していない)							継続した場合は() その後遺症の詳細()		
13. 後遺障害の有無(最終診療日時点)	無()	視力喪失()	高次脳機能障害()	失語症()	構音障害()	片麻痺()	対麻痺()	歩行障害()	その他()	
14. 保険に係る請求行為を理解する能力の有無	有()	無()	不明()							
上記のとおり証明します。所在地 病院または診療所の名称 介護老人保健施設は該当しません										
診療科名 電話番号										
医師氏名										
印										