

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」を必ずご確認ください。

○訂正が生じた場合には、必ず当社専用封筒に封入・封緘の上ご提出願います。

1.	氏名	カルテ番号		男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
2.	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	アが生活習慣病の場合、診断日				今回傷病の受診契機	
		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(頃)	
		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	
		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			TNM分類(pTNM)	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)	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 治療				
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)。					II 要通院・転医通院						
4.	前医	有 無	医療機関名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	麻酔法		検査日			
		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	全身麻酔(気管内挿管) その他の麻酔( )		年 月 日					
5.	手術	種類	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	麻酔法		検査日					
		内容	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( )	全身麻酔(気管内挿管) その他の麻酔( )		年 月 日					
		種類	植皮術 面積が25cm <sup>2</sup> 以上 面積が25cm <sup>2</sup> 未満	筋・腱・靱帯・関節の手術	手指・足指の手術	J. MP関節を含む、または中関節に及ぶ K. MP関節には及ばない、末梢側	L. 3cm以上 M. 3cm未満				
		種類	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	①〜⑫	内容	(A〜P)	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		
		種類	①〜⑫	内容	(A〜P)	診療報酬区分番号	手術名	麻酔法	手術日		
		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	診療報酬区分番号	照射法(部位)	麻酔法	治療実施日(期間)					
		Gy MBq	M	( )	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	治療実施日(期間)				
		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・インスリン・抗血栓薬(バイアスピリンを除く) ※公的医療保険制度の対象のものに限ります	薬剤名	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		
		※各月毎に、投与・処方(または処方箋を交付)した日のうち同月内の最初の日をご記入願います							今後の使用予定	有 無	
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	左記以外の通院年月日					
		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。				継続した・継続していない					
		(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)									
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 年 月 日											
病院または診療所の名称 診療科名 電話番号											
医師氏名 印											