

## 入院・手術・通院等証明書(診断書)

①氏名・性別	カルテ番号( )	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	②生年月日	年 月 日
③傷病名	ア入院等の原因となった傷病名	※「悪性新生物・上皮内新生物」「急性心筋梗塞」「脳卒中」の場合は⑧～⑩項も必ずご記入ください。		
	イアの原因	年 月 日	傷病発生日 <small>いずれかに○をしてください。</small> <input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告	
	ウ合併症	年 月 日	<input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告	
④治療期間	治療期間	初診 年 月 日 ~ 年 月 日		
	入院期間 ※日帰り入院も含まれます	<small>※日帰り入院の場合、入院日・退院日は同日をご記入ください。 ※通院は、右面カレンダーへ退院日以降の通院についてご記入ください。</small>		
		第1回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中
		第2回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中
第3回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中		
⑤前医又は紹介医	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※前医・紹介医「有」の場合、詳細をご記入ください。		
		医師名 病名 前医所見日	年 月 日	
⑥発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったか)をご記入ください。				
初診時の患者の主訴・所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)				
⑦病理組織診断の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※病理組織診断「有」の場合、詳細をご記入ください。		
		最終病理組織診断名	診断確定日	
		年 月 日		
⑧悪性新生物又は上皮内新生物の場合	悪性新生物の性状	<input type="radio"/> 皮膚癌 <input type="radio"/> 上皮内癌 <input type="radio"/> 非上皮内癌 <input type="radio"/> その他	悪性新生物の区分	<input type="radio"/> 原発 <input type="radio"/> 再発 <input type="radio"/> 転移
	pTNM	T ( ) N ( ) M ( )	大腸の場合は組織学的壁深達度	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> sm以深
	病名告知について	本人には( )年 月 日頃に病名を( )と告げた 家族には( )年 月 日頃に病名を( )と告げた		
⑨急性心筋梗塞の場合	初診日から60日以上、労働制限を必要とする状態が継続しましたか？ <small>(ここでいう労働の制限とは軽い家事等の軽労働や事務等の作業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする場合をいいます。)</small>			<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑩脳卒中の場合	初診日から60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続しましたか？			<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
※「はい」の場合、その後遺症の詳細についてご記入ください。				
⑩既往症持病	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※既往症・持病等「有」の場合、詳細をご記入ください。		
		傷病名	( ) 病院 ( ) 科 年 月 日 頃 ~ 年 月 日頃まで	

⑫手術 今回の傷病 に対して実施 した手術 ※持続ドレ ナーズ等の 処置もご記入 ください。	手術名	1)	手術日	年 月 日	筋骨手術の 場合	手・足指の場 合、MP関節 より	筋膜帯の場 合、その手 術操作	口腔手術の場 合、顎骨への手 術操作	穿頭術の場 合	植皮術の 場合	
	診療点数区分コード	(K・J - )			観血	中枢	あり	あり	新たな 穿頭に する	25 cm <sup>2</sup> 以上	
	手術の種類	該当する項目すべてにレ点をつけてください。 □開頭術 □穿頭術 □開胸術(胸腔鏡含む) □開腹術(腹腔鏡含む) □経皮的手術・処置 □レーザーによる手術・処置 □カテーテルによる手術・処置 □ファイバースコープ(内視鏡)による手術・処置 ※ファイバースコープ(内視鏡)の種類を以下より選択するか、「その他」の場合はご記入ください。 → □膀胱鏡 □子宮鏡 □喉頭直達鏡 □その他( )				非観血	関節上 末梢	なし	なし	既存の 穿頭穴 を使用	25 cm <sup>2</sup> 未満
	手術名	2)	手術日	年 月 日	筋骨手術の 場合	手・足指の場 合、MP関節 より	筋膜帯の場 合、その手 術操作	口腔手術の場 合、顎骨への手 術操作	穿頭術の場 合	植皮術の 場合	
診療点数区分コード	(K・J - )				観血	中枢	あり	あり	新たな 穿頭に する	25 cm <sup>2</sup> 以上	
手術の種類	該当する項目すべてにレ点をつけてください。 □開頭術 □穿頭術 □開胸術(胸腔鏡含む) □開腹術(腹腔鏡含む) □経皮的手術・処置 □レーザーによる手術・処置 □カテーテルによる手術・処置 □ファイバースコープ(内視鏡)による手術・処置 ※ファイバースコープ(内視鏡)の種類を以下より選択するか、「その他」の場合はご記入ください。 → □膀胱鏡 □子宮鏡 □喉頭直達鏡 □その他( )				非観血	関節上 末梢	なし	なし	既存の 穿頭穴 を使用	25 cm <sup>2</sup> 未満	
⑬放射線照射 ※内照射も含みます。	療法名 または 照射部 位			期間	開始 年 月 日	終了 年 月 日		総線量	ラド グレイ McI		
	診療点数区分コード	(M - )									
⑭先進医療に ついて	治療の 種類	※貴院にて評価療養としての施行が認められている先進医療			治療の実施 期間と回数	年 月 日～ 年 月 日 (実施回数 回)					
		貴院における当該先進医療の承認年月日			技術料	患者が受領した先進医療の技術料のみご記入ください。 円					
⑮通院日	※カレンダーに当該月をご記入いただき、通院日に○印をつけてください。 なお、入院日のご記入は不要です。										
診療年月	通院治療費(往診含む)										各月合計
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										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										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										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										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										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										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										日
以下の通り証明します										合計 日	
					平成 年 月 日						
病院(診療所)所在地					電話番号 ( ) -						
病院(診療所)名					所属診療科名						
医師名					㊞						