

入院・手術等治療証明書（診断書）

(注) この書類は医師に記入していただくものです。

氏名		男・女										生年月日																							
1. 傷病名												ICD10コード		2. 傷病発生年月日																					
ア. 入院(手術)等の原因傷病名														年月日		※必ず○印をしてください 医師推定・患者申告																			
イ. アの原因														年月日		医師推定・患者申告																			
ウ. 合併症														年月日		医師推定・患者申告																			
入院の必要の有無		有・無		⇒ 有の場合はその期間		年月日～年月日										退院・入院中																			
3. 治療期間		初診		年月日～年月日										終診・現在加療中																					
		入院期間		①		年月日～年月日										退院・入院中		入院が 必要と 判断した日		年月日															
				②		年月日～年月日										退院・入院中		年月日																	
③		年月日～年月日										退院・入院中		年月日																					
4. 前医または紹介医		有・無		医療機関名と その所在地												医師名																			
				治療期間		年月日～年月日																													
5. 既往症		有・無		傷病名												医療機関名と その所在地																			
				治療期間		年月日～年月日										現在(治療中・治癒・不詳)																			
6. 発症(受傷)から初診までの症状経過(いつ頃からどのような自覚症状があり、なぜ受診にするに至ったのか)、初診時の患者主訴および所見、初診以降の検査結果・治療内容																																			
患者申告の自覚症状発現時期(年月日頃・不詳) ※事故・ケガが原因の場合には具体的な「他覚的所見の有無」を明記してください。																																			
7. 手術 各項目の記載と該当するものに○印を付けてください。		K・J 診療報酬 点数区分	手術名①	1回目手術日		種類	開頭・開胸・開腹・レーザー 内視鏡・カテーテル・先進医療 その他()																												
				部位	左・右・両側																														
		K・J 診療報酬 点数区分	植皮術・筋皮弁術の場合	25cm以上・25cm未満		種類	筋骨手術の場合 観血・非観血																												
				部位	左・右・両側																														
3回目以降の手術があれば記入ください。																																			
8. 特定の障害の場合 右記に該当する障害の場合は、各項目の記載と該当するものに○印を付けてください。		心臓	心臓ペースメーカー・ 除細動器(ICD)の 植込み	植込日	年月日	植込んだもの		心臓ペースメーカー		・		除細動器(ICD)																							
						区分I	初回植込み	・	再植込み	・	付属品交換																								
		腎臓	人工透析療法	導入日	年月日	区分II		恒久的植込み		・		一時的植込み																							
						区分	初回植込み	・	再植込み	・	付属品交換																								
		膀胱	人工膀胱の造設	移植日	年月日	区分		恒久的なもの		・		一時的なもの																							
区分	初回移植					・	再移植	・	付属品交換																										
肛門	人工肛門の造設	造設日	年月日	区分		恒久的なもの		・		一時的なもの																									
				区分	恒久的なもの	・	一時的なもの	・	付属品交換																										
9. 放射線治療および温熱療法		放射線または温熱療法の区分				部位	期間	開始	年月日～終了		年月日																								
		体外照射	・	定位照射	・				温熱療法	・	その他()																								
		区分	M	—	L	—	総線量	Gy	50Gyに達した日			年月日																							
10. 悪性新生物の場合		今回治療した悪性新生物に罹患した以前に、 別の悪性新生物の既往がありましたか?				はい・いいえ		区分		原発・再発・転移		分類		皮膚癌		・		上皮内癌																	
		病理組織診断	病理組織診断名				(p) TNM分類		T()	N()	M()	m		sm		・		非浸潤癌		・		浸潤癌													
							診断確定日		年月日								・		皮膚癌の場合、悪性黒色腫ですか?		はい		・		いいえ										
有→	「無」の場合、診断確定方法(「その他」の場合はその詳細を記入ください。 細胞診・その他()										本人への 悪性病名告知		有・無																						
11. 急性心筋梗塞の場合		初診日から60日経過時点で労働の制限を引き続き必要としましたか? (ここでいう労働の制限とは、軽い家事等の軽労働・事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする常態をいいます。)																		必要・不要															
12. 脳卒中の場合		初診日から60日経過時点で他覚的な神経学的後遺症 (言語障害・運動失調・麻痺等)が継続していましたか?										はい・いいえ		「はい」の場合はその後遺症の詳細についてご記入ください																					
13. 通院期間 ここまで記載した傷病に 関わる実通院日に○印を 付けてください。(往診 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
		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
		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
		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
		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
		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
		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
14. 固定具使用期間		年月日～年月日										固定具の種類		ギプス・シーネ・その他()																					
上記の通り証明します。		住所																												年月日					
		名称																																	
		診療科																																	
		電話番号																												医師氏名					
																														印					