

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。

日産労連・全労済(全国労働者共済生活協同組合連合会)										健保 国保 自賠 労災 自費 ()										カルテ No.																																																																					
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										※必ず〇印をしてください 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																																							
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・治療・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 に〇印を付けて ください。										有・無										診療報酬 点数区分 K・J K・J										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（ ）																																							
																																								年 月 日																																																	
																																								部位																				左・右・両側																													
																																								植皮術・筋皮弁術の場合																				25 cm以上 ・ 25 cm未満										筋骨手術の場合										観血 ・ 非観血									
																																								手術名②																				2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（ ）																			
年 月 日										部位										左・右・両側																																																																					
植皮術・筋皮弁術の場合										25 cm以上 ・ 25 cm未満										筋骨手術の場合										観血 ・ 非観血																																																											
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 するものに〇印を 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																																																											
																				区分Ⅱ										恒久的植込み ・ 一時的植込み																																																											
																				人工（生体）弁の置換										置換日										年 月 日										区 分										初回置換 ・ 再置換																													
																				腎臓										人工透析療法										導入日										年 月 日										区 分										恒久的なもの ・ 一時的なもの																			
																														腎臓移植										移植日										年 月 日										区 分										初回移植 ・ 再移植																			
																														人工膀胱の造設										造設日										年 月 日										区 分										恒久的なもの ・ 一時的なもの																			
膀胱										人工膀胱の造設										造設日										年 月 日										区 分										恒久的なもの ・ 一時的なもの																																							
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																																							
9. 放 射 線 治 療 お よ び 温 熱 療 法										有・無										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ー Lー										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 非浸潤癌 ・ 浸潤癌																													
																				病理組織診断										有病→										病理組織診断名										(p) TNM分類										T() N() M()										大腸の場合、組織学的壁深達度 m ・ sm以深																			
																														無→										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																													
																				「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〇印 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 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																																																											
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																																																																																									



*訂正された場合には、必ず証明印による訂正印をお願いします。