

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。

提出先 日産労連・こくみん共済coop(全労済)

氏名	カルテ番号 ()		性別	男・女	生年月日	保険	健保 国保 労災 自賠 自費 その他 ()			
1. 傷病名			ICD10コード	傷病発生日月日 ※必ず○印をしてください						
ア. 入院(手術)等の原因傷病名				年	月	日	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			
	入院の要否	有・無 →	要の場合はその期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
2. 治療期間		初診 年 月 日 ~ 年 月 日 (終診・転院・現在加療中)								
日帰り入院は、入院基本料(DPC-短期滞在手術等基本料2・3含む)の算定がある入院に対して、入院日・退院日は同日を記入してください。	入院期間	①	年 月 日 ~	年 月 日	退院・入院中・転入院	入院が必要と本人(または家族)に説明した日	年 月 日			
		②	年 月 日 ~	年 月 日	退院・入院中・転入院		年 月 日			
		③	年 月 日 ~	年 月 日	退院・入院中・転入院		年 月 日			
		医学的に就業が全く不可能と診断した期間		年 月 日 ~ 年 月 日						
3. 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							
4. 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)							
5. 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。										
6. 手術	有・無	ア.開頭術 イ.開胸術 ウ.開腹術 エ.胸腔鏡 オ.腹腔鏡 カ.眼科レーザー キ.経皮的 ク.経尿道的 ケ.経腔的 コ.内視鏡またはカテーテル サ.その他 ()			ア~サから選択		手術の内容			
		手術名	診療報酬点数区分	手術日	部位	手術種類	筋骨手術の場合	植皮術・筋皮弁術の場合	口腔内手術の場合 顎骨に操作が	分娩に伴う場合 公的医療保険の
		①	K・J ()点	年 月 日	右左両側		観血・非観血	25cm以上・25cm未満	及ぶ・及ばない	適用あり・適用なし
②	K・J ()点	年 月 日	右左両側		観血・非観血	25cm以上・25cm未満	及ぶ・及ばない	適用あり・適用なし		
3回目以降の手術があれば記入ください。										
7. 放射線治療・温熱療法	有・無	区分	M- L- 体外照射・定位照射・温熱療法 その他 ()	部位	総線量	Gy	実施日(期間)	開始 年 月 日 終了 年 月 日	実施回数 (回)	
8. 先進医療	有・無	技術名	技術料	*先進医療にかかる自己負担金額		円	実施日(期間)	開始 年 月 日 終了 年 月 日	実施回数 (回)	
9. 特定の障害の場合	心臓	心臓ペースメーカー・除細動器(ICD)の植込み	植込み日	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				
	腎臓	人工(生体)弁の置換	置換日	年 月 日	区分	初回置換・再置換				
		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				
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					
上記の通り証明します。				証明日 年 月 日						
住所										
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。