

入院手術等証明書 (診断書)

医療機関各位

- ◆ 黒か青の消せないペンをご使用ください。
- ◆ 訂正・追記の場合は、必ず証明印による訂正印を押印してください。

1.氏名	カルテ番号()		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	
2.傷病	ア.入院・手術等の原因 (契機)となった傷病	ICD-10コード()	傷病発生日		年 月 日	いずれかに○印をしてください [医師推定] [患者申告]	
	イ.アの原因	ICD-10コード()	年 月 日		[医師推定] [患者申告]		
	ウ.合併症	ICD-10コード()	年 月 日		[医師推定] [患者申告]		
	エ.アの初診日	年 月 日					
3.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	初診日		年 月 日	医療機関・医師名	
4.既往症・持病	悪性(上皮内)新生物	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療時期		年 月 頃～ 年 月 頃	医療機関・医師名
	上記以外	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療時期		年 月 頃～ 年 月 頃	医療機関・医師名
5.入院	第1回	年 月 日～ 年 月 日				[退院] [転院] [入院中]	
	第2回	年 月 日～ 年 月 日				[退院] [転院] [入院中]	
	第3回以降						
6.手術	第1回	手術名	診療報酬点数区分	K-	手術日	年 月 日	
	第2回			K-		年 月 日	
	第3回以降						
7.悪性新生物・上皮内新生物	診断確定日	年 月 日					
	分類	TNM分類	T()N()M()		大腸癌深達度(該当する場合)	[M]・[SM]以深	
		[原発]・[再発]・[転移]					
		[皮膚癌]・[上皮内癌または非浸潤癌]・[その他]					
	診断に至るまでに施行された検査および検査結果	検査名	検査日	結果判明日	検査結果概要		
		病理組織学的検査	年 月 日	年 月 日	(病理組織診断名)		
		細胞学的検査	年 月 日	年 月 日			
内視鏡検査		年 月 日	年 月 日				
CT-MRI		年 月 日	年 月 日				
() 検査	年 月 日	年 月 日					
上記の通り証明します。 年 月 日							
所在地:			診療科:				
医療機関名:			医師名:				
電話番号:			㊞				

JIC-202209

通院履歴がある場合は裏面に記入ください。

◆ 通院履歴がある場合のみご記入ください。

8.総期間	年 月 日 ~ 年 月 日
9.通院期間	通院日に○印を付けてください。 _____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
10.その他	医学的に就業・家事・通勤通学が全く不可能とされる期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日 平常の生活または就業に支援があったと思われる期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日

以上