提出先　株式会社 justInCase　　医療機関記入用

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	フリガナ (カルテ番号：　　)		生年月日	年　月　日
				性別	□男　□女
2	傷病名			傷病発生年月日	
ア	入院・手術の原因となった傷病名	ICD-10 コード（　　）		年　月　日 頃　(医師推定・患者申告)	
イ	アの原因	ICD-10 コード（　　）		年　月　日 頃　(医師推定・患者申告) ※妊娠の場合、妊娠判明日　年　月　日 頃	
ウ	ア・イ以外で入院加療した傷病名（合併症含む）	ICD-10 コード（　　）		年　月　日 頃　(医師推定・患者申告)	
エ	アの初診日からの治療期間	初診日：　年　月　日 治療期間：　年　月　日～　年　月　日（ 終診 ・ 転院 ・ 治療中 ）			
3	発症（受傷）から初診までの経緯	主訴・検査異常指摘（指導内容）、時期などをご記入ください			
4	前医 紹介医	□なし □あり	傷病名：　初診時期：　年　月　日頃		
			医療機関名：　通院期間：		
5	持病 既往症 （ケガも含む）	□なし □あり	傷病名：		
			治療期間：		
			医療機関名：		
6	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		
		3 回目以降の入院がございましたら入院日・通院日・転帰をご記入ください			
		上記期間のうち、健康保険を適用しなかった入院期間をご記入ください。 年　月　日 ～　年　月　日			
7	手術		手術名	診療報酬点数区分	手術日
		第１回		K-	年　月　日
		第２回		K-	年　月　日
		第３回以降			
8	悪性新生物 上皮内新生物	診断確定日	年　月　日	区分	□原発　□再発　□転移
		検査実施日	年　月　日	診断確定方法	□病理組織診　□細胞診 □その他（　　）
		最終病理組織診断名		TNM 分類	T（　）N（　）M（　）
		病名告知	□なし　□あり　年　月　日 に（　　）と告知した 告知した相手　□本人　□配偶者　□子（　　）□その他（　　）		
補足・追加		検査内容・検査結果・治療内容・経過等について補足・追加事項がありましたらご記入ください。			

上記の通り証明します。　年　月　日

所在地：

医療機関名：　診療科：

電話番号：　医師名：　㊞

通院履歴がある場合は裏面にご記入ください　JIC-202309

9	通院期間	通院日に○印をつけてください。 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必要と思われる期間 年　月　日　～　年　月　日

以上