

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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	
		(カルテ番号：)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
2	診断名		ICD-10		
3	診療期間	初診日： 年 月 日 治療期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 終診)			
4	入院期間	第1回	年 月 日 ~ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中)		
		第2回	年 月 日 ~ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中)		
5	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	K-	年 月 日	
6	前医・紹介医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	傷病名： 初診日： 年 月 日 医療機関・医師名：		
7	受診の契機から 初診までの 経緯詳細	受診契機： <input type="checkbox"/> 健診指摘 <input type="checkbox"/> 自覚症状 <input type="checkbox"/> その他 () ▼主訴・検査異常指摘 (指導内容)・時期などをご記入ください。			
8	既往症・持病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	傷病名： 治療期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 治療先医療機関：		
9	最終病理組織 診断名		前医での 確定診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日	
	診断確定日	年 月 日	がんの区分	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移	
	がんの種類	<input type="checkbox"/> 浸潤癌・肉腫・血液癌 <input type="checkbox"/> 上皮内癌・非浸潤癌 <input type="checkbox"/> その他 ()		TNM 分類	T () N () M ()
				大腸癌の 壁深達度	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM以深
	診断に至るまでに 施行された 検査・検査結果	検査名	検査実施日	結果判明日	病理組織診断名
		病理組織学的検査	年 月 日	年 月 日	
		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 ()検査		年 月 日	年 月 日		
告知状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日に ()と告知した 告知した相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
上記のとおり証明します				年 月 日	
所在地：		診療科：			
医療機関名：		医師名：			
電話番号：		Ⓜ			

通院履歴がある場合は裏面にご記入ください

202510-02

