

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	生年月日	年 月 日
		(カルテ番号：)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
2	傷病名	傷病発生前年月日		
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	<input type="checkbox"/> なし	傷病名：	初診時期： 年 月 日頃
		<input type="checkbox"/> あり	医療機関名：	通院期間：
5	持病既往症(ケガも含む)	<input type="checkbox"/> なし	傷病名：	
		<input type="checkbox"/> あり	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 <input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移
		検査実施日	年 月 日	診断確定方法 <input type="checkbox"/> 病理組織診 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()
		最終病理組織診断名		TNM分類 T () N () M ()
		病名告知	<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 ()	
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記入ください

202510-01

9	通院期間	<p>通院日に○印をつけてください。</p> <p>_____年 月</p> <p>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</p> <p>_____年 月</p> <p>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</p> <p>_____年 月</p> <p>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</p> <p>_____年 月</p> <p>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</p> <p>_____年 月</p> <p>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</p>
10	その他	<p>医学的に就業・家事・通勤通学が全く不可能とされる期間</p> <p>_____年 月 日 ~ _____年 月 日</p> <p>平常の生活または就業に支援が必要と思われる期間</p> <p>_____年 月 日 ~ _____年 月 日</p>

以上