

入院・手術証明書(診断書)

1	氏名	フリガナ	カルテ 番号	性別	生年月日	西暦																												
2	傷病名	傷病発生年月日			医師推定・患者申告																													
	ア 入院(手術)等の原因となった傷病名 ICD-10コード	傷病名年月日																																
	イ アの原因	傷病名原因年月日																																
	ウ 合併症	合併症年月日																																
	エ アの傷病名が厚生労働省指定の特定疾患の場合、確定診断日	診療確定日																																
3	診察期間	初診	～終診	( 年 月 日	現在加療中)																													
4	入院期間	第1回目	～退院	( 年 月 日	現在入院中)																													
		第2回目	～退院	( 年 月 日	現在入院中)																													
	集中治療室 (ICU・CCU)治療期間	第1回目	～退院	( 年 月 日	現在入院中)																													
		第2回目	～退院	( 年 月 日	現在入院中)																													
5	退院理由 退院等の状況																																	
6	通院について	診療年月	上項2のア、イの傷病名に関わる、入院前及び退院後の通院治療日(往診日も含む)下欄に○印をつけてください																												通院日数合計			
		年	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	日
		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	日
		年	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	日
		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	日
		年	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	日
7	前医 または 紹介医	医療機関名		初診日																														
8	既往症	(有の場合、病名、医療機関名、治療期間等お分かりになれば記入してください)																																
		傷病名	治療期間		～																													
		医療機関名																																
9	発病(受傷)から初診までの経過及び初診時の所見(いつ頃からどのような症状があったか記入してください)																																	
10	症状経過等(治療内容、検査結果等についても記入してください)																																	
11	三大疾病	悪性新生物	病理診断名	TNM分類		確定診断日																												
			T	N	M																													
			種類	大腸の場合 組織学的壁深達度		患者本人了知の有無																												
		急性心筋梗塞	初診から継続して60日以上労働の制限を必要としましたか (「労働制限」とは、軽労働や産業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます)																															
脳卒中	今回の初診日から60日経過時点での言語障害・運動失調・麻痺等の他 覚的な神経学的後遺症の有無				(有の場合その後遺症について詳細にご記入ください)																													
12	手術	手術の種類	(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術(開心術) (4)胸腔鏡下手術 (5)開腹術 (6)腹腔鏡下手術 (7)ア経皮的 イ経尿道的 ウ経腔的 エ経口的 オ経鼻的 カ内視鏡又はカテーテルによる手術																															
		**手術の種類	(8)骨移植術 (採骨部位: ) (9)筋、腱、靭帯 (10)筋骨手術 (11)植皮術・筋皮弁術 (12)レーザー手術 (13)口腔内手術 (14)衝撃波 (15)その他 ( )																															
		手術名または処置名	手術日(処置日)	骨・関節に対 する治療の場 合	筋・腱・靭帯・関節 内の切断・切開・縫 合を	手指足指の手術 MP 関節を含め中根 側に	植皮術・皮弁形 成術の場合面 積が25cm <sup>2</sup>	骨内異 物除去 の場合	穿頭術の 場合	口腔内手術の 場合、髄骨へ の操作																								
		1	コードNo.	( - )																														
		2	コードNo.	( - )																														
13	放射線 照射	療法名	コードNo.	( - )	照射部位	総線量	線量	総線量	回数	グレイ																								
		期間	～		放射線照射を実施した日に土日祝日を	1回あたりの線量		回数	グレイ																									
14	備考	上記のとおり証明します。																																
	所在地																																	
	電話番号																																	
	名称																																	
	診療科	医師氏名																																