入院・手術・通院証明書（診断書）

一般社団法人　全国酪農協会
東京海上日動火災保険株式会社
あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
ジブラルタ生命保険株式会社

宛

医療機関提出用
※医療機関へこのままご提出してください。

お願い①　訂正がある場合、必ず証明印による訂正印を押印ください。
お願い②　記入欄が足りない場合は、余白または別紙にご記入お願いします。

1. 氏名	フリガナ	カルテ番号	（男）（女）	生年月日	年　月　日

			症状出現または検査指摘時期		
2. 傷病名	ア. 入院(手術)の原因となった傷病名	ICD-10（　　）　ICD-O-3（　　）	年　月　日(頃)	（医師推定）	（患者推定）
	イ. 上記ア. の原因		年　月　日(頃)	（医師推定）	（患者推定）
	ウ. 合併症 併存疾患	入院の必要性：（無）（有）　必要な期間：　年　月　日～　年　月　日 上記ア.との関連性（無）（有）	年　月　日(頃)	（医師推定）	（患者推定）
			エ.（上記ア.の傷病名が厚生労働省指定の特定疾患の場合）診断確定日	年　月　日	

3. 新生物（異形成含む）の場合	ア. 告知	（本人）（家族に　年　月　日頃　病名（　　）を（告げた）（告げていない）		
	イ. 診断確定日	年　月　日	エ. 該当区分	（原発）（再発）（転移） 【再発・転移の場合】治療によりがんが認められなかった期間 （有）（　年　月　日 ～　年　月　日）（無）
	ウ. 状態	（治療中）（経過観察中（寛解状態））（治癒）		
	オ. 性状	（上皮内新生物（上皮内癌・非浸潤癌））（それ以外）	カ. 大腸がんの場合	深達度：　M／　SM以深

キ. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果

検査項目	検査結果判定日	検査結果	TNM分類
病理組織学的検査			T(　) N(　) M(　)
細胞学的検査			ステージ分類：（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）・（Ⅳ）
(　　)検査			Ⅳの場合の判断根拠 （UICC）　その他（　　）

4. 既往症	ア. 悪性新生物	（有）（無）	傷病名：	医療機関名	
				治療期間	年　月　日
	イ. 上記以外	（有）（無）	傷病名：	医療機関名	
				治療期間	年　月　日
5. 前医・紹介医		（有）（無）	医療機関名：	初診日	年　月　日(頃)

6. 診療期間	初診日　年　月　日 ～　年　月　日（終診）（加療中）	入院手術をすすめた日	年　月　日	
7. 入院期間 入院期間を全てご記入ください。	1回目　年　月　日 ～　年　月　日	（当院入院中）（他院転入院）	（退院）	（その他　　）
	2回目　年　月　日 ～　年　月　日	（当院入院中）（他院転入院）	（退院）	（その他　　）

※3回目以降の入院がある場合は、以下にご記入ください。

8. 通院日
入院原因となった傷病に関わる通院の年月を記入のうえ、日付に〇印をご記載ください（往診含む）。

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
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
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
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
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
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
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
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

9. 固定具使用の場合	使用期間	年　月　日 ～　年　月　日
	使用固定具	ギプス ・ シーネ ・ ポリネック ・ コルセット ・ その他（　　）

10 手術

〇腹腔・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置等を含みます。
〇一連の治療過程に連続して試行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。
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.経尿道的　8.経膣的　9.ファイバースコープまたはカテーテルによる治療　10.レーザーによる手術　11.衝撃波　12.その他（　　）

↓下記「種類」欄には、上記1～12のいずれかの番号をご記入ください。

種類	手術コード	手術名	手術日	左右の別	骨・関節に対する治療の場合	筋・腱・靭帯の切断・切開縫合を	手指・足指の場合、MP関節を含め手術野が中枢側に	口腔手術の場合、顎骨を	植皮術・皮弁形成術の場合の面積が	臓器摘出の範囲
	K-		年　月　日	（左）（右）	（観血）（非観血）	（伴う）（伴わない）	（及ぶ）（及ばない）	（削った）（削らず）	（25㎠以上）（25㎠未満）	（全摘）（一部）
	K-		年　月　日	（左）（右）	（観血）（非観血）	（伴う）（伴わない）	（及ぶ）（及ばない）	（削った）（削らず）	（25㎠以上）（25㎠未満）	（全摘）（一部）

※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分・手術種類・手術内容・手術日等をご記入ください。

11. 初診時の所見および経過（検査内容及び検査成績、治療内容、経過、他覚所見　等）

	区分コード	治療内容	実施期間	総線量	状況
12. 新生物に対する放射線治療および温熱療法（アイソトープ含む）			年　月　日～　年　月　日	Gy	（照射予定）（照射中）（完了）

13. 抗悪性腫瘍剤	治療内容（薬剤名）		開始	年　月　日

		技術名	実施日	技術料
14. 先進医療（左右実施の場合はそれぞれご記入ください）	（有）（無）		年　月　日	円
			年　月　日	円

上記の通り証明します。

証明日　年　月　日

医療機関　病院（診療所）所在地
病院（診療所）名称・診療科
電話番号
医師名

（印）

代理店受領日	弊社受領日