

入院・手術証明書(診断書)(表)

(様式2)

1 氏名				生年月日							
2 住所											
3 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		年 月 日		医師推定 患者申告							
イ アの原因		年 月 日		医師推定 患者申告							
ウ 合併症		年 月 日		医師推定 患者申告							
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		年 月 日									
4 診察期間		初診 年 月 日～ 年 月 日		終診 ・ 現在加療中							
5 入院期間		集中治療室(ICU・CCU)治療期間									
第1回		～		第1回 年 月 日～ 年 月 日							
第2回		年 月 日～ 年 月 日		第2回 年 月 日～ 年 月 日							
6 退院理由		(1) 治癒院		略治退院・軽快退院		(6) 年					
退院等の状況				(2) 通院・療養とも不要 (3) 要通院 (4) 要治療 (5) 在宅療養		(7) 入院 (8) 通院					
						(9) その他					
7 診療年月		上項4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)に口印をつけてください						通院日数合計			
通院日数		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						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						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						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						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						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						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						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						日	
8 前医または紹介医		有・無		医療機関名		医師氏名		初診年月日 年 月 日頃			
				紹介医の悪性新生物としての診断確定の有無		有・無・不明		有病の場合 病名			
								病理組織診断名			
9 既往症		有・無		(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)							
				悪性新生物の既往症		傷病名		治療期間 年 月 日～ 年 月 日			
						医療機関名					
						医師名他					
				その他の既往症		傷病名		治療期間 年 月 日～ 年 月 日			
						医療機関名					
						医師名他					
10 発病(受傷)から初診までの経過及び初診時の所見(いつごろからどのような症状があったか記入してください)											
11 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)											

入院・手術証明書(診断書)(裏)

12	悪性新生物	病理診断名			診断確定日	年 月 日			
		TNM分類	T	N	M				
		種類	皮膚がん 上皮内がんまたは非浸潤がん(大腸の粘膜内がんも含む)					その他	
		大腸の場合	組織学的壁深達度			患者本人了知の有無	はい・いいえ		
	三大疾病	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 (「労働の制限」とは、軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます)					はい・いいえ	
	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・無		(有の場合その後遺症について詳細にご記入ください)				
13	今回の傷病に関して実施した手術	手術の種類	(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術(開心術を含む) (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 エ内視鏡又はカテーテルによる手術 (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)その他 ()						
		手術名	左・右・両側		手術日	年 月 日			
			先進医療		<input type="checkbox"/> 手術後引き続き特定集中治療室管理を行った				
		手術名	左・右・両側		手術日	年 月 日			
			先進医療		<input type="checkbox"/> 手術後引き続き特定集中治療室管理を行った				
		手術部位が手指・足指の場合	手足の場合MP関節を含めて中枢側に						
	固定具使用期間	年 月 日～ 年 月 日		使用固定具	ギプス・シーネ・その他 ()				
14	部位(Mコード)	(M)	期間	年 月 日 ～ 年 月 日				総線量 回 グレイ	
	放射線照射	部位(先進医療)	回数	①	年 月 日	②	年 月 日		計
				③	年 月 日	④	年 月 日		
				⑤	年 月 日	⑥	年 月 日		
				⑦	年 月 日	⑧	年 月 日		
				⑨	年 月 日	⑩	年 月 日		
15	備考	上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 〒 病院又は診療所名 名称 医師氏名 電話番号							

原本の複写又はコピーの場合、それぞれに捺印してください。