

入院・手術証明書(診断書)

(様式1)

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	平成 年 月 日	～平成 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	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	第1回	平成 年 月 日																											
	第2回	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	第2回	平成 年 月 日																											
6	退院理由 退院等の状況	(1) 治療 退院	略治退院・軽快退院		(6) 入院中	転院・転科 (7) 入院 (8) 通院	(9) その他																										
7	診療年月	上項4のA・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		印をつけてください		通院日数合計																											
通院について	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	平成 年 月 日頃																											
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	平成 年 月 日	～平成 年 月 日																											
			その他の既往症	傷病名	平成 年 月 日	～平成 年 月 日																											
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)																																
12	三大疾病	悪性新生物	病理診断名	TNM分類 T N M		診断確定日	平成 年 月 日																										
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																												
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	平成 年 月 日																												
手術名		左 右 両側		手術日	平成 年 月 日																												
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 平成 年 月 日～平成 年 月 日 使用固定具 ギブス シーネ その他 ()																															
14	放射線照射	部位 (Mコード)	(M)	期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日																											
部位 (先進医療)		回数	平成 年 月 日	平成 年 月 日	計	総線量 グレイ 回																											
			平成 年 月 日	平成 年 月 日	日																												
			平成 年 月 日	平成 年 月 日	日																												
			平成 年 月 日	平成 年 月 日	日																												
15	備考																																
	上記のとおり証明します。 平成 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。