

入院・手術証明書(診断書)

(様式3)

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 ~ 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 ~ 平成 年 月 日																													
6	退院理由 退院等の状況	(1) 治癒退院	略治退院・軽快退院		(6) 入院中	転院・転科	(9) その他																										
		(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																										
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)に印をつけてください																				通院日数合計											
	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																										
			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	平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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)																																
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																											
			先進医療		<input type="checkbox"/> 手術後引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	平成 年 月 日																											
			先進医療		<input type="checkbox"/> 手術後引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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		使用固定具 ギプス シーン 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		総線量 回 グレイ																										
		部位(先進医療)	回数	平成 年 月 日	平成 年 月 日	計																											
				平成 年 月 日	平成 年 月 日																												
				平成 年 月 日	平成 年 月 日																												
				平成 年 月 日	平成 年 月 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。

