

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	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	年 月 日	～	年 月 日	第1回	年 月 日																											
	第2回	年 月 日	～	年 月 日	第2回	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) 年	転院・転科																											
		(2) 通院・療養とも不要	(3) 要通院	(4) 要治療	(5) 在宅療養	(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
	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																										
	その他の既往症		傷病名	治療期間	年 月 日	～	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		診断確定日	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 ウ経路的 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																										
		手術名	左	右	両側	手術日	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	年 月 日	～	年 月 日	使用固定具	ギプス・シーネ・その他()																										
14	放射線照射	部位(Mコード)	(M)	期間	年 月 日	～	年 月 日																										
		部位(先進医療)	回数	①	年 月 日	②	年 月 日																										
				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。																															
	病院又は診療所名	所在地	〒	年 月 日																													
		名称																															
		医師氏名	印																														
		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。