

## 入院・治療証明書（診断書）

全国労働者共済生活協同組合連合会

健保・国保・自賠・労災・自費・（ ）

カルテNo.

|    |        |                |   |   |    |
|----|--------|----------------|---|---|----|
| 氏名 | 男<br>女 | 昭和・平成<br>大正・19 | 年 | 月 | 日生 |
| 住所 |        |                |   |   | 職業 |

お願い  
①② 原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印していただきます。

|                          |  |   |  |   |                            |
|--------------------------|--|---|--|---|----------------------------|
| 原因                       | 傷病名  |   | 医師推定・発病（受傷）日   |   |                            |
| ア. 入院又は通院治療の原因となった傷病名    |  |   | 年 月 日・不詳   |   |                            |
| イ. アの原因                  |  |   | 年 月 日・不詳   |   |                            |
| 合併症                      |  |   | 年 月 日・不詳   |   |                            |
| 今回の傷病に関する前医・紹介医          | 有・無  | 病（医）院名  | 医師名  | 治療期間  |                            |
|                          |  |   |  | 年 月 ~ 年 月頃迄                                     |                            |
| 発病から初診までの症状経過            |  |   | 初診時の所見・治療経過（他覚的所見・検査結果の状況を含む）                        |   |                            |
| 患者申告の症状発現時期（年 月 日頃・不詳）   |  |   | 他覚的所見の有無と実施検査（有・無）（検査）                               |   |                            |
| 初診日                      | 年 月 日  |   | 実通院治療日（○印をつけてください）                                   |   |                            |
| (入院治療期間)                 | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   | 月  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15             | 計                          |
|                          | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   | 月  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                          |
| (通院治療期間)                 | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   | 月  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15             | 計                          |
|                          | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   | 月  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                          |
| (固定具使用期間)                | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   | 月  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15             | 計                          |
|                          | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   | 月  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                          |
| (使用固定具)                  | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   | 月  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15             | 計                          |
|                          | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   | 月  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                          |
| (現在の診療状況)                | 1. 入院中 2. 通院中  |   | 月  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15             | 計                          |
|                          | 3. 年 月 日 終診（治ゆ・転医・中止）                                |   | 月  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                          |
| 手術<br>または<br>高度先進医療      | 実施日 年 月 日  |   | 実施日 年 月 日  |   |                            |
|                          | 診療報酬点数表の正式手術名およびコードNo. No. K                         |   | 診療報酬点数表の正式手術名およびコードNo. No. K                         |   |                            |
|                          | (1) 植皮の面積（25cm <sup>2</sup> 以上・25cm <sup>2</sup> 未満） |   | (2) 植皮の面積（25cm <sup>2</sup> 以上・25cm <sup>2</sup> 未満） |   |                            |
|                          | 手術種類   | 開頭・開頸・開胸・開腹・内視鏡またはカテーテルによる手術<br>高度先進医療 その他（ ） | 手術種類   | 開頭・開頸・開胸・開腹・内視鏡またはカテーテルによる手術<br>高度先進医療 その他（ ）   |                            |
| 筋骨手術の場合（観血・非観血） 骨切除（有・無） |  | 筋骨手術の場合（観血・非観血） 骨切除（有・無）                      |  |   |                            |
| 今回実施の放射線療法               | 方法   | 照射期間  | 開始 年 月 日   | 照射量   | ラド<br>GY                   |
| 既往症                      | 有・無  | 傷病名   | 病（医）院名・所在地   | 治療期間  | 年 月 ~ 年 月頃迄<br>（治療中・治ゆ・不詳） |
| 上記の通り証明いたします。            |  |   |  |   |                            |
| 所在地                      |  |   | 担当科（ ）   |   |                            |
| 病（医）院名                   |  |   | 医師名  | Ⓜ   |                            |
| 電話（ ）                    | -  |   |  |   |                            |