

入院・手術等治療証明書（診断書）

提出先 全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）

氏 名		カルテ番号（ ）				性別	男・女	生年 月 日			保 険	健保 国保 労災 自賠 自費 その他（ ）																																																																																																																																																																																																																																
1. 傷 病 名						ICD10 コード		傷病発生年月日		※必ず○印を付けてください。																																																																																																																																																																																																																																		
ア．入院(手術)等の 原因傷病名								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																																																																																																																																																																																																																																		
		入院の可否	要・不要	⇒	要の場合はその期間		年 月 日 ～ 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																					
2. 治 療 期 間		初 診		年 月 日 ～ 年 月 日（終診・転院・現在加療中）																																																																																																																																																																																																																																								
日帰り入院は、入院基本料（DPC・短期滞在手術等基本料2・3含む）の算定がある入院に対して、入院日・退院日は同日を記入してください。		入院期間		① 年 月 日 ～ 年 月 日 退院・入院中・転入院		入院が必要と判断した日		年 月 日																																																																																																																																																																																																																																				
				② 年 月 日 ～ 年 月 日 退院・入院中・転入院				年 月 日																																																																																																																																																																																																																																				
				③ 年 月 日 ～ 年 月 日 退院・入院中・転入院				年 月 日																																																																																																																																																																																																																																				
		分娩を伴う入院期間のうち、公的医療保険制度の適用入院期間				年 月 日 ～ 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																						
3. 前医または紹介医		有・無	医療機関名とその所在地				医師名																																																																																																																																																																																																																																					
		有・無	治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																							
4. 既往症		有・無	傷病名				医療機関名とその所在地																																																																																																																																																																																																																																					
		有・無	治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		現在（治療中・治療済・不詳）																																																																																																																																																																																																																																					
5. 発症(受傷)から初診までの症状経過（いつ頃からどのような自覚症状があり、なぜ受診するに至ったのか）、初診時の患者主訴および所見、初診以降の検査結果・治療内容																																																																																																																																																																																																																																												
患者申告の自覚症状発現時期（ 年 月 日頃・不詳） ※事故・ケガが原因の場合には具体的な「他覚的所見の有無」を明記してください。																																																																																																																																																																																																																																												
6. 手術		有・無	ア.開頭術 イ.開胸術 ウ.開腹術 エ.胸腔鏡 オ.腹腔鏡 カ.眼科レーザー キ.経皮的 ク.経尿道的 ケ.経腔的 コ.内視鏡またはカテーテル サ.その他（ ）				ア～サから選択		手術の内容																																																																																																																																																																																																																																			
			手術名		診療報酬点数区分	手術日	部位	手術種類	筋骨手術の場合	植皮術・筋皮弁術の場合	口腔内手術の場合 顎骨に操作が	分娩を伴う場合 公的医療保険の																																																																																																																																																																																																																																
①			K・J	—	年 月 日	右 左 両側		観血・非観血	25 ml以上 25 ml未満	及ぶ 及ばない	適用あり 適用なし																																																																																																																																																																																																																																	
②			K・J	—	年 月 日	右 左 両側		観血・非観血	25 ml以上 25 ml未満	及ぶ 及ばない	適用あり 適用なし																																																																																																																																																																																																																																	
			3 回目以降の手術があれば記入ください。																																																																																																																																																																																																																																									
7. 放射線治療・温熱療法		有・無	区分	M・L	—	部位		総線量	Gy	実施日(期間)	開始 終了	年 月 日 実施回数 (回)																																																																																																																																																																																																																																
8. 先進医療		有・無	技術名			技術料	*先進医療にかかる自己負担金額		円	実施日(期間)	開始 終了	年 月 日 実施回数 (回)																																																																																																																																																																																																																																
9. 悪性新生物の場合		診断確定日		年 月 日		今回罹患する以前の悪性新生物の既往の有無		有・無	有の場合	病名																																																																																																																																																																																																																																		
		病理組織診断		病理組織診断名		国際疾病分類、腫瘍学コード (ICD-O-3)		区分	(p) TNM 分類																																																																																																																																																																																																																																			
		有 →		【 / 】		原発・再発・転移		T() N() M()																																																																																																																																																																																																																																				
		無 →		細胞診・内視鏡・CT・MRI・その他（ ）		本人への悪性病名告知		有・無	皮膚癌の場合	悪性黒色腫ですか？ はい・いいえ																																																																																																																																																																																																																																		
10. 急性心筋梗塞の場合		初診日から 60 日経過時点で労働の制限を引き続き必要としましたか？ (ここでいう労働の制限とは、軽い家事等の軽労働・事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。)																																																																																																																																																																																																																																										
11. 脳卒中の場合		初診日から 60 日経過時点で他覚的な神経学的後遺症（言語障害・運動失調・麻痺等）が継続していましたか？ はい・いいえ 「はい」の場合はその後遺症の詳細についてご記入ください																																																																																																																																																																																																																																										
12. 通院期間		<table border="1"> <tr> <td>年 月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>計</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>計</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>計</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>計</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>計</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>計</td> <td>日</td> </tr> </table>																															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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	日																																																																																																																																																																																																											
13. 固定具使用期間		年 月 日～ 年 月 日		固定具の種類		ギプス・シーネ・その他（ ）																																																																																																																																																																																																																																						
上記の通り証明します。																																																																																																																																																																																																																																												
<div>住 所</div> <div>名 称</div> <div>診 療 科</div> <div>電 話 番 号</div> <div>医師氏名</div> <div>印</div>																																																																																																																																																																																																																																												

* 訂正された場合には、必ず証明印による訂正印をお願いします。

LIAJ097-100-201908