

ご担当される先生へ

「解説・注意点」をご一読のうえ、証明書のご記入をお願い申し上げます。
各該当欄に記入しきれない場合は、別紙にご記入いただいても結構です。
その際は、3項入院その他欄に「別紙あり」とご記入のうえ、別紙にも証明印の捺印をお願いします。

ご不明な点がございましたら、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先

カスタマーサービスセンター
医療機関専用フリーダイヤル



0120-117-824

受付時間/月～金 9:00～20:00 (土)9:00～18:00 (日・祝日・年末年始)休

項目	解説・注意点																												
2項	<p>ア.入院・手術等の原因となった傷病名</p> <ul style="list-style-type: none"> ●入院・手術の契機となった傷病名、診断確定を行った病名等をご記入ください。複数の傷病がある場合はすべてご記入ください。 ●発生年月日はおわかりになる範囲内でご記入ください。不明な場合は、不詳とご記入ください。 <p>イ.アの原因</p> <ul style="list-style-type: none"> ●アの原因となった傷病等があればご記入ください。ケガの場合は受傷原因(交通事故・転落事故等)をご記入ください。 <p>ウ.入院中に治療を行った合併症 エ.ウの入院治療が必要であった期間</p> <ul style="list-style-type: none"> ●アの入院中に治療した合併症があれば傷病名をご記入ください。 ●その合併症の治療を開始した日にちおよび合併症の入院治療が必要であった期間をご記入ください。 <p>オ.「急性心筋梗塞」の場合 カ.「脳卒中」の場合</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">傷病名(虚血性心疾患のうち)</td> <td colspan="2">基本分類番号</td> <td rowspan="2">傷病名(脳血管疾患のうち)</td> <td colspan="2">基本分類番号</td> </tr> <tr> <td>ICD-9</td> <td>ICD-10</td> <td>ICD-9</td> <td>ICD-10</td> </tr> <tr> <td>急性心筋梗塞</td> <td>410</td> <td>I21</td> <td>・くも膜下出血</td> <td>430</td> <td>I60</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>・脳内出血</td> <td>431</td> <td>I61</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>・脳梗塞</td> <td>434</td> <td>I63</td> </tr> </table> <p>キ.骨折の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ●アまたはウの傷病名に骨折がある場合、証明日時点までに骨癒合が確認されているかをご記入ください。骨癒合が確認されている場合は、骨癒合を確認した日をご記入ください。 <p>ク.後遺症(証明書作成時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●証明書作成時点で、証明書に掲載された4種の障害いずれかが残存している場合、その具体的な状態についてご記入ください。なお、眼の障害については、矯正視力が0.1以下の場合にご記入ください。 《例1:ADL全介護を要し、進行性疾患のため回復の見込み(無)》《例2:矯正視力 左0.01・右0.02、回復の見込み(有)》 <p>ケ.既往症、コ.前医または紹介医</p> <ul style="list-style-type: none"> ●おわかりになる範囲でご記入ください。無い場合は「無」を○印で囲んでください。 <p>サ.発病(受傷)から初診までの経緯</p> <ul style="list-style-type: none"> ●発病から貴院を受診されるまでの経過(いつごろからどのような症状があったか、他院からの紹介等)についてご記入ください。 <p>シ.治療期間</p> <ul style="list-style-type: none"> ●初診日は、貴院における2項-アの傷病名に関する最初の診察日をご記入ください。貴院他科での診察を含みます。 <p>ス.入院が必要と判断した日</p> <ul style="list-style-type: none"> ●今回の第1回目の入院期間について、入院による治療が必要であると判断した日をご記入ください。 	傷病名(虚血性心疾患のうち)	基本分類番号		傷病名(脳血管疾患のうち)	基本分類番号		ICD-9	ICD-10	ICD-9	ICD-10	急性心筋梗塞	410	I21	・くも膜下出血	430	I60				・脳内出血	431	I61				・脳梗塞	434	I63
傷病名(虚血性心疾患のうち)	基本分類番号		傷病名(脳血管疾患のうち)	基本分類番号																									
	ICD-9	ICD-10		ICD-9	ICD-10																								
急性心筋梗塞	410	I21	・くも膜下出血	430	I60																								
			・脳内出血	431	I61																								
			・脳梗塞	434	I63																								
3項	<p>入院期間</p> <ul style="list-style-type: none"> ●入院していない場合は、「無」を○印で囲んでください。 <p>集中治療室管理治療</p> <ul style="list-style-type: none"> ●集中治療室で治療された場合は、その期間および広範囲熱傷特定集中治療室管理の有無をご記入ください。 																												
4項	<p>新生物の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ●良性または悪性・上皮内いずれかを○で囲み、診断確定日・診断名等を必ずご記入ください。 診断確定日は、生検もしくは手術標本など、いずれか最初に病理組織診断が確定された日をご記入ください(生検日・手術日ではありません)。また、病理組織学的検査を行っている場合はその診断結果を、行っていない場合は、診断の元となった検査名と診断結果をご記入ください。 ●悪性新生物・上皮内新生物の場合、TNM分類等の病期(Stage)と組織学的深達度を必ずご記入ください。手術をされている場合は、術後のTNM分類を優先してください。また、大腸の場合は、組織学的深達度(m)が(sm)より深いかを○印で囲んでください。 																												
5項	<p>手術・処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術は、すべてご記入ください。実施していない場合は「無」を○印で囲んでください。 ●「気管切開術」「内視鏡的止血術」「ステント留置術」「TAE」「PTCD」「ドレナージ」「光凝固術」等の処置もご記入ください。 ●同じ手術、処置であっても、日にちを変えて複数回施行された場合は、すべての施行日をご記入ください。 ●眼球のように左右一対となる部位については、「治療部位」のいずれかを○印で囲んでください。 ●四肢骨・脊椎のように部位や番号が存在する場合はその部位・番号を手術・処置名欄内にご記入ください。 ●実施した手術・処置の種類・内容に複数該当する場合、すべての該当項目に手術・処置番号をご記入ください。該当する項目が無い場合はご記入不要です。 (同一名の手術・処置であっても手術種類(手技)や内容によって、お支払いする給付金額が異なる場合がございます。) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>記入例 (架空の例です。)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>番号</th> <th>手術・処置名(気管切開、ドレナージ等を含む)</th> <th>治療部位</th> <th>診療報酬点数区分</th> <th>施行日</th> </tr> <tr> <td>①</td> <td>皮下腫瘍切除術</td> <td>左:右:両側</td> <td>006-2()</td> <td>2014年5月19日</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>内視鏡的消化管止血術</td> <td>左:右:両側</td> <td>654-()</td> <td>2014年6月1日</td> </tr> <tr> <td colspan="5">③持続的胸腔ドレナージ J019 2013年7月8日 ④内視鏡的消化管止血術 K654 2013年7月12日</td> </tr> </table> <p>5.手術処置</p> <p>手術・処置の種類</p> <p>ア.開頭術 イ.穿頭術(□新規穿頭 □既存の穿頭穴) ク.開胸術 開心術 胸腔鏡 エ.開腹術 腹腔鏡 カ.レーザー手術 キ.内視鏡またはカテーテルによる手術・治療 コ.頭頸部 ②④ 頸部(腸血管・鎖骨下血管含む) ク.四肢 ケ.経尿道的 ク.経膈的(□子宮鏡 □その他) ケ.⑦ その他(皮下腫瘍切除)</p> <p>内容</p> <p>a.筋・腱・靭帯に(□及ぶ □及ばない) b.軟部腫瘍摘出の場合、神経に(□及ぶ □及ばない) c.植皮・筋皮弁術の場合、25cm²(□以上 □未満) d.ドレナージの場合、(□)持続的 □穿孔 e.手指/足指の手術の場合、手術野がMP関節より(□末梢 □中 腕・関節上) f.瘻管形成術の場合、(瘻管の長さ:顔面部2cm □以上 □未満 / その他の部位5cm □以上 □未満) g.骨移植術を伴う場合、その採骨部位(□軟骨 □その他) h.口腔内手術の場合、顎骨を(□削った □削っていない)</p> <p>特にお願いしたい点</p> <p>皮膚・皮下腫瘍の摘出、創傷処理、デブリードマンの場合、手術・処置のうち以下の2項目について、該当する手術・処置番号を必ずご記入ください。 a.筋・腱・靭帯に(□及ぶ □及ばない) b.軟部腫瘍摘出の場合、神経に(□及ぶ □及ばない)</p> </div>	番号	手術・処置名(気管切開、ドレナージ等を含む)	治療部位	診療報酬点数区分	施行日	①	皮下腫瘍切除術	左:右:両側	006-2()	2014年5月19日	②	内視鏡的消化管止血術	左:右:両側	654-()	2014年6月1日	③持続的胸腔ドレナージ J019 2013年7月8日 ④内視鏡的消化管止血術 K654 2013年7月12日												
番号	手術・処置名(気管切開、ドレナージ等を含む)	治療部位	診療報酬点数区分	施行日																									
①	皮下腫瘍切除術	左:右:両側	006-2()	2014年5月19日																									
②	内視鏡的消化管止血術	左:右:両側	654-()	2014年6月1日																									
③持続的胸腔ドレナージ J019 2013年7月8日 ④内視鏡的消化管止血術 K654 2013年7月12日																													
6項	<p>放射線</p> <ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬点数表で「放射線治療料」が算定される治療はすべてご記入ください。実施していない場合は「無」を○印で囲んでください。 ●照射中でも、部位、期間、総線量など、確定している範囲でできるだけご記入ください。 ●照射期間・照射種類が複数となる場合は、5項手術・処置その他欄へ照射種類・区分・総線量・部位・期間をご記入ください。 																												
7項	<p>抗がん剤</p> <ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬点数表で「薬剤料」または「処方せん料」が算定される薬剤をご記入ください。 ●実施していない場合は「無」を○印で囲んでください。 ●ガンを適応症として厚生労働大臣の承認を受け、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうちL01(抗悪性腫瘍薬)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される抗がん剤をご記入ください。 ●医薬品名は、一般名・成分名・ブランド名のいずれかをご記入ください。 																												
8項	<p>先進医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ●先進医療に該当する治療はすべてご記入ください。実施していない場合は「無」を○印で囲んでください。 ●技術料は、減免措置や助成金を受ける場合、その金額を含む金額をご記入ください。 先進医療以外の評価療養費、選定療養費、食事療養費、生活療養費など、先進医療にかかる技術料以外の費用は含みません。 ●先進医療治療を実施した日をご記入ください。記入欄が不足する場合は、5項手術・処置その他欄もしくは別紙へご記入ください。 																												
9項	<p>通院</p> <ul style="list-style-type: none"> ●2項の傷病による、退院後の通院治療日・往診日を漏れなく○印で囲んでください。通院予定日は除きます。 																												

お願い

・各項目に該当する治療事実が無い場合、無を○印で囲むか、斜線を引いてください。
・点線の部分はいずれかを○印で囲んでください。
・原本の複写またはコピーの場合は、複写またはコピーへの証明印の捺印をお願いします。

フリガナ		カルテNo		性別	生年月日																											
1. 氏名				(男)・(女)	(大正)・(昭和)・(平成)・(西暦) 年 月 日生																											
2. 傷病名・治療経緯	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	医師推定発生日 年 月 日		イ. アの原因	医師推定発生日 年 月 日																											
	ウ. 入院中に治療を行った合併症	治療開始日 年 月 日		エ. ウ.の入院治療が必要であった期間	年 月 日 ~ 年 月 日																											
	オ. 急性心筋梗塞の場合	初診日から60日以上、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が継続しましたか?				(はい)・(いいえ)																										
	カ. 脳卒中の場合	初診日から60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続しましたか?				(はい)・(いいえ)																										
	キ. 骨折の場合	証明日時点で、骨癒合は確認されていますか?		(はい)・(いいえ) → (はい)の場合、骨癒合確認日をご記入ください。		年 月 日																										
	ク. 後遺症(証明書作成時点)	次の障害が残存している場合、具体的な障害状態についてご記入ください。		状態		回復の見込み(有)・(無)・(不明)																										
	ケ. 既往症	無	病名	医療機関名	治療期間または時期																											
	コ. 前医または紹介医	無	医師名	医療機関名	初診時期 年 月 日頃																											
	サ. 発病(受傷)から初診までの経緯	前医・紹介医で病理組織検査による悪性新生物・上皮内新生物の診断確定が行われている場合、その詳細をご記入ください。 → 診断名 年 月 日 診断確定日 年 月 日																														
	シ. 治療期間	初診 年 月 日 ~ 年 月 日 (終診)・(加療中)		ス. 入院が必要と判断した日		年 月 日																										
3. 入院期間	入院期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院)・(入院中)・(転科)・(死亡退院) ② 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院)・(入院中)・(転科)・(死亡退院)		第3回目以降の入院があれば、入院日および「退院」「転科」「入院中」の区分をご記入ください。また、治療内容で付記すべき事項がある場合はご記入ください。																												
	入院その他																															
	集中治療室管理治療(リバイブユニット除く)	年 月 日 ~ 年 月 日		広範囲熱傷特定集中治療室管理 (有)・(無)																												
4. 新生物の場合	区分	(良性)・(悪性)・(上皮内)	診断日 年 月 日	最終病理組織診断名	告知した相手 (本人)・(配偶者)・(その他) ()																											
	診断方法	病理組織診	病期	上皮内癌・(非浸潤性)・(浸潤性)・(その他)	TNM分類 T()N()M()	大腸の場合 m・sm・深																										
5. 手術・処置	番号	手術・処置名(気管切開、ドレナージ等を含む)		治療部位	診療報酬点数区分	施術日 年 月 日																										
	手術・処置 ①	観血 非観血		左 右 両側	算定 (K) なし (J)	- () 年 月 日																										
	手術・処置 ②	観血 非観血		左 右 両側	算定 (K) なし (J)	- () 年 月 日																										
手術・処置その他	3回目以降の手術・処置があれば、手術・処置番号・名称・区分・施術日をご記入のうえ、種類・内容をご選択ください。また、上記手術に関する付記があればご記入ください。																															
6. 放射線	種類	ア. 開頭術 イ. 穿頭術 (新規穿頭)・(既存の穿頭穴) ウ. 開胸術・開心術・胸腔鏡 エ. 開腹術・腹腔鏡		オ. レーザー手術 カ. 内視鏡またはカテーテルによる手術・治療 (頭頸部)・(躯幹(腸骨血管・鎖骨下血管含む))・(四肢)																												
	内容	キ. 経尿道的 ク. 経腔的 (子宮鏡)・(その他) ケ. その他 ()		該当する種類・内容 それぞれの□内に手術・処置番号①②等をご記入ください。																												
	内容	a. 筋・腱・靭帯に (及ぶ)・(及ばない) b. 軟部腫瘍摘出の場合、神経に (及ぶ)・(及ばない)		c. 植皮・筋皮弁術の場合、25cm ² (以上)・(未満) d. ドレナージの場合、(持続的)・(穿孔)																												
7. 抗がん剤	種類	ア. 開頭術 イ. 穿頭術 (新規穿頭)・(既存の穿頭穴) ウ. 開胸術・開心術・胸腔鏡 エ. 開腹術・腹腔鏡		総線量	部位																											
	内容	オ. レーザー手術 カ. 内視鏡またはカテーテルによる手術・治療 (頭頸部)・(躯幹(腸骨血管・鎖骨下血管含む))・(四肢)		グレイ	年 月 日 ~ 年 月 日																											
8. 先進医療	医薬品名 (一般名・成分名・ブランド名のいずれか)	使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		診療報酬点数区分	(F)・(G) - ()																										
	技術名	治療実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (加療中)・(終診)		技術料	円																										
9. 通院	通院年月	退院後の通院(往診を含む)治療日を○印で囲んでください。																														
	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
	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
	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
	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
	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
上記のとおり証明(診断)します。		証明(診断)日 年 月 日																														
病院または診療所の所在地 名称 科名 電話番号 ()		医師名 (印)																														

減免・助成金額を含む「技術料」をご記入ください。