

証明書(診断書)をご記入いただくにあたってのお願い

一般用

ご担当の先生へ

- 「解説・注意点」をご一読のうえ、証明書のご記入をお願いします。
- 各該当欄に記入しきれない場合は、別紙に証明印押印のうえ、ご記入いただいても結構です。

【お問い合わせ先】 医療機関専用：0120-117-824
お客さま専用：0120-881-796

| 項目 | 解説・注意点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|-------|----------------------|------------|-------|------------|----|--|----|----|--|----|-----|--|---|------|--|---|-----|------|---|-------|--|---|--------|---|------------|--|---|-------------|--|---|----|--|---|---------|--|---|------|--|---|--------|--|---|----------------------|--|---|---------------------|--------------------------|---|----|--|---|------|--|---|--------|--|---|---------|--|---|-----|-----|----|--------|--|---|--------|--|---|-----|-----|----|--------------|--|---|------------------|--|---|------|--|---|-----|--|---|-----|--|----|-------|--|---|-----|--|----|-------|--|---|-----|--|----|-------|--|---|-----|--|----|-------|--|---|-----|--|----|-----|--|---|-----|--|----|----|--|---|-----|--|----|--------|--|---|-----|--|----|-----------|--|---|-----|--|----|-------|--|---|-----|--|----|-------|--|---|
| 2項 | <p>イ.ア.の原因となった傷病名または事故</p> <p>本人への病名告知日または事故発生日はお分かりになる範囲でご記入ください。</p> <p>ウ.入院中に治療を行った合併症</p> <ul style="list-style-type: none"> 「入院中に治療を行った合併症」および「合併症の治療開始日」には、合併症の治療として入院の必要性に関わらず治療されたすべての合併症名をご記入いただき、その治療開始日もご記入ください。 「合併症の入院治療が必要であった期間」には、上記合併症治療にあたり、入院治療が必要であった場合のみ、その期間をご記入ください。 <p>エ.急性心筋梗塞の場合 オ.脳卒中の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞および脳卒中において、最初に医療機関を受診した日から60日以上、活動制限や他覚的な神経学的後遺症が継続していたかご記入ください。 証明日時時点で60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。 <p>カ.骨折の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院・手術の有無にかかわらず、骨折がある場合給付金のお支払い対象となることがありますので、証明日時時点で状況をご記入ください。 ア.またはウ.の傷病名に骨折がある場合もご記入ください。 <p>キ.後遺症(証明日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 証明日時時点で、残存している障害状態および回復の見込みに<input checked="" type="checkbox"/>してください。 2項傷病名欄に関係しないものも含め、障害状態・後遺症などがある場合は、お分かりになる範囲でご記入ください。 一時的な障害状態があったが、すでに軽快されている場合などは記入不要です。 <p>ク.前医または紹介医</p> <p>おわかりになる範囲で前医または紹介医の医療機関名、および前医または紹介医による初診時期をご記入ください。</p> <p>ケ.ア.の初診日</p> <p>貴院におけるア.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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4項 | <p>悪性腫瘍・子宮頸部異形成の場合</p> <p>①に該当する場合：最終病理組織診断名および日付欄に診断確定日*をご記入ください。 *診断確定日は、生検もしくは手術標本等、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。)</p> <p>②に該当する場合：検査結果および日付欄に検査結果判明日をご記入ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 悪性新生物・上皮内新生物の場合、病期(Stage)、TNM分類等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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5項 | <p>手術・処置</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療報酬点数表の手術料算定有無にかかわらず、実施した手術はすべてご記入ください。「気管切開術」「内視鏡的止血術」「ステント留置術」「TAE」「PTCD」「網膜光凝固術」もご記入ください。また、「胸腔ドレナージ」等の処置や、生検を実施された場合もご記入ください。 診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行し、手術料が1回のみ算定される手術(網膜光凝固術など)は実施されたすべての施術日をご記入いただき、手術料の算定がない施術日については「算定なし」に<input checked="" type="checkbox"/>してください。 実施した手術・処置について別表Aより「種類」「内容」を選択してください。複数該当する場合はすべての「種類」「内容」をご記入ください。該当する項目がない場合はご記入不要です。 3回目以降の手術・処置があれば手術・処置名、種類、内容、部位、診療報酬点数区分、施術日をご記入ください。 <p>記入例 → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3回目以降</td><td>皮膚、皮下腫瘍摘出術</td><td>内容エ、カ</td><td>K0062</td><td>20XX年5月19日</td></tr></table></p> <ul style="list-style-type: none"> 眼球のように左右一対となる部位については、該当の「部位」に<input checked="" type="checkbox"/>してください。 四肢骨・脊椎のように部位や番号が存在する場合は該当の部位・番号を手術・処置名欄にご記入ください。 <p><別表A></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">種類</th> <th>番号</th> <th colspan="2">内容</th> <th>記号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">開頭術</td> <td>1</td> <td colspan="2">観血手術</td> <td>ア</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">穿頭術</td> <td>新規穿頭</td> <td>2</td> <td colspan="2">非観血手術</td> <td>イ</td> </tr> <tr> <td>既存の穿頭穴</td> <td>3</td> <td colspan="2">筋・腱・靭帯への操作</td> <td>ウ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">開胸術・開心術・胸腔鏡</td> <td>4</td> <td colspan="2">及ぶ</td> <td>エ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">開腹術・腹腔鏡</td> <td>5</td> <td colspan="2">及ばない</td> <td>オ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">レーザー手術</td> <td>6</td> <td colspan="2">神経の形成・移植・切除・減圧・開放・捻除</td> <td>カ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">内視鏡またはカテーテルによる手術・治療</td> <td rowspan="2">頭頸部・軀幹 (腸骨血管・鎖骨下血管含む)</td> <td rowspan="2">7</td> <td colspan="2">伴う</td> <td>キ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">伴わない</td> <td>ク</td> </tr> <tr> <td colspan="2">経尿道的手術</td> <td>9</td> <td colspan="2">植皮・筋皮弁術</td> <td>ケ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">経腔的</td> <td rowspan="2">子宮鏡</td> <td rowspan="2">10</td> <td colspan="2">25cm以上</td> <td>コ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25cm未満</td> <td>ク</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">その他</td> <td rowspan="2">その他</td> <td rowspan="2">11</td> <td colspan="2">手術野がMP関節より末梢</td> <td>カ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">手術野がMP関節より中枢・関節上</td> <td>キ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">経尿道的</td> <td>9</td> <td colspan="2">顔面部</td> <td>サ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">経腔的</td> <td>10</td> <td colspan="2">2cm以上</td> <td>シ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">2cm未満</td> <td>ス</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">5cm以上</td> <td>セ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">5cm未満</td> <td>ソ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">持続的</td> <td>タ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">穿刺</td> <td>チ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">顎骨を削った</td> <td>ツ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">顎骨を削っていない</td> <td>テ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">自家骨移植</td> <td>ト</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td>11</td> <td colspan="2">人工骨移植</td> <td>ト</td> </tr> </tbody> </table> <p>特にお願 しい点</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内容を必ずご記入ください。</p> <p><筋・腱・靭帯への操作> ウ.及ぶ エ.及ばない <神経の形成・移植・切除・減圧・開放・捻除> オ.伴う カ.伴わない</p> | 3回目以降 | 皮膚、皮下腫瘍摘出術 | 内容エ、カ | K0062 | 20XX年5月19日 | 種類 | | 番号 | 内容 | | 記号 | 開頭術 | | 1 | 観血手術 | | ア | 穿頭術 | 新規穿頭 | 2 | 非観血手術 | | イ | 既存の穿頭穴 | 3 | 筋・腱・靭帯への操作 | | ウ | 開胸術・開心術・胸腔鏡 | | 4 | 及ぶ | | エ | 開腹術・腹腔鏡 | | 5 | 及ばない | | オ | レーザー手術 | | 6 | 神経の形成・移植・切除・減圧・開放・捻除 | | カ | 内視鏡またはカテーテルによる手術・治療 | 頭頸部・軀幹 (腸骨血管・鎖骨下血管含む) | 7 | 伴う | | キ | 伴わない | | ク | 経尿道的手術 | | 9 | 植皮・筋皮弁術 | | ケ | 経腔的 | 子宮鏡 | 10 | 25cm以上 | | コ | 25cm未満 | | ク | その他 | その他 | 11 | 手術野がMP関節より末梢 | | カ | 手術野がMP関節より中枢・関節上 | | キ | 経尿道的 | | 9 | 顔面部 | | サ | 経腔的 | | 10 | 2cm以上 | | シ | その他 | | 11 | 2cm未満 | | ス | その他 | | 11 | 5cm以上 | | セ | その他 | | 11 | 5cm未満 | | ソ | その他 | | 11 | 持続的 | | タ | その他 | | 11 | 穿刺 | | チ | その他 | | 11 | 顎骨を削った | | ツ | その他 | | 11 | 顎骨を削っていない | | テ | その他 | | 11 | 自家骨移植 | | ト | その他 | | 11 | 人工骨移植 | | ト |
| 3回目以降 | 皮膚、皮下腫瘍摘出術 | 内容エ、カ | K0062 | 20XX年5月19日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | | 番号 | 内容 | | 記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開頭術 | | 1 | 観血手術 | | ア | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 穿頭術 | 新規穿頭 | 2 | 非観血手術 | | イ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 既存の穿頭穴 | 3 | 筋・腱・靭帯への操作 | | ウ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開胸術・開心術・胸腔鏡 | | 4 | 及ぶ | | エ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開腹術・腹腔鏡 | | 5 | 及ばない | | オ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| レーザー手術 | | 6 | 神経の形成・移植・切除・減圧・開放・捻除 | | カ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡またはカテーテルによる手術・治療 | 頭頸部・軀幹 (腸骨血管・鎖骨下血管含む) | 7 | 伴う | | キ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 伴わない | | ク | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経尿道的手術 | | 9 | 植皮・筋皮弁術 | | ケ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経腔的 | 子宮鏡 | 10 | 25cm以上 | | コ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 25cm未満 | | ク | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | その他 | 11 | 手術野がMP関節より末梢 | | カ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 手術野がMP関節より中枢・関節上 | | キ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経尿道的 | | 9 | 顔面部 | | サ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経腔的 | | 10 | 2cm以上 | | シ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 2cm未満 | | ス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 5cm以上 | | セ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 5cm未満 | | ソ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 持続的 | | タ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 穿刺 | | チ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 顎骨を削った | | ツ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 顎骨を削っていない | | テ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 自家骨移植 | | ト | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 11 | 人工骨移植 | | ト | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6項 | <p>放射線</p> <ul style="list-style-type: none"> 照射中でも、総線量、部位、治療日等、確定している範囲でできるだけご記入ください。 治療日・照射種類が複数の場合は、5項手術・処置「3回目以降」欄へ照射種類・診療報酬点数区分・総線量・部位・治療日をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|-------------------|---|--|--|--|----|--|
| 1. 患者情報 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | カルテ No. | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | □□□□/□□/□□ | | | |
| 2. 傷病名・治療経緯 ※診断確定した場合は診断確定後の傷病名をご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| ア. 入院・手術等の原因となった傷病名 | | | | 本人への病名告知日 | | | □□□□/□□/□□ | | | | |
| イ. アの原因となった傷病名または事故 | | | | 本人への病名告知日もしくは事故発生日 | | | □□□□/□□/□□ | | | | |
| ウ. 入院中に治療を行った合併症 | | | | 合併症の治療開始日 | 合併症の入院治療が必要であった期間 | | | □□□□/□□/□□ ~ □□□□/□□/□□ | | | |
| エ. 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? | | | <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ | | | | |
| オ. 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? | | | <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ | | | | |
| カ. 骨折の場合 | | | | 証明日時時点で骨癒合していますか? | | | <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ → 「はい」の場合、骨癒合判断日 □□□□/□□/□□ | | | | |
| キ. 後遺症(証明日時) | | | | <input type="checkbox"/> 音声または言語機能の著しい障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼・嚥下機能の著しい障害 四肢の完全運動麻痺(上肢 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右/下肢 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 脊柱機能の著しい障害・著しい変形 <input type="checkbox"/> 遅延性意識障害 失明(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 介助(<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部) | | | 回復の見込み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | | | |
| ク. 前医または紹介医 | | | | <input type="checkbox"/> 無 ← 医療機関名 | | | 初診時期 | □□□□/□□/□□ 頃 | | | |
| ケ. ア.の初診日 | | | | コ. 入院・手術等が必要と判断した日 | | | サ. 分娩日 | | | | |
| 3. 入院期間 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 ← 1回目 □□□□/□□/□□ ~ □□□□/□□/□□ <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 無 ← 2回目 □□□□/□□/□□ ~ □□□□/□□/□□ <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 無 ← 3回目 □□□□/□□/□□ ~ □□□□/□□/□□ <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 無 ← 4回目以降 □□□□/□□/□□ ~ □□□□/□□/□□ <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 無 ← <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院 | | | | | | | | | | | |
| 右事由の入院 | | | | <input type="checkbox"/> 公的医療保険制度の非適用入院 <input type="checkbox"/> 集中治療室管理治療(HCU除く) | | | □□□□/□□/□□ ~ □□□□/□□/□□ | | | | |
| 4. 悪性腫瘍 | | | | | | | | | | | |
| 子宮頸部異形成の場合 | | | | | | | | | | | |
| 検査方法 | | ① 病理組織検査 最終病理組織診断名と診断確定日を記入 | | ①最終病理組織診断名または②検査結果 | | ①②いずれも実施している場合、①を記入ください。 | | 日付 | | | |
| ② | | <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 他() 診断根拠とした検査結果と判明日を記入 | | 病期(胸腺腫は正岡分類) | | T N M | | 食道癌 T1aの場合 <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> LPM以上 子宮頸部異形成の場合 <input type="checkbox"/> 1 CIN <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | | | |
| 種類 | | <input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 本人への告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 今後の治療方針 | | <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 他() 悪性腫瘍の既往 | | 病名 | | 時期 | |
| 5. 手術・処置 | | | | | | | | | | | |
| 種類・内容は左頁の<別表A>を参照のうえご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| 回数 | | | | | | | | | | | |
| 手術・処置名 | | | | | | | | | | | |
| 種類 | | | | | | | | | | | |
| 内容 | | | | | | | | | | | |
| 部位 | | | | | | | | | | | |
| 診療報酬点数区分 | | | | | | | | | | | |
| 手術日 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 ← 1回目 □□□□/□□/□□ □□□□/□□/□□ <input type="checkbox"/> 無 ← 2回目 □□□□/□□/□□ □□□□/□□/□□ <input type="checkbox"/> 無 ← 3回目以降 □□□□/□□/□□ □□□□/□□/□□ | | | | | | | | | | | |
| 6. 放射線 | | | | | | | | | | | |
| 照射種類 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 定位照射・IMRT <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> その他 → () | | | | | | | | | | | |
| 診療報酬点数区分 | | | | | | | | | | | |
| 総線量 | | | | | | | | | | | |
| 部位 | | | | | | | | | | | |
| 治療日(実施期間) | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 ← M - () Gy ~ □□□□/□□/□□ | | | | | | | | | | | |
| 7. 抗がん剤 | | | | | | | | | | | |
| 医薬品名(一般名・商品名のいずれか) | | | | | | | | | | | |
| 診療報酬点数区分 | | | | | | | | | | | |
| 使用期間(使用中の場合は開始日のみ記入ください。) | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 ← <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G - □□□□/□□/□□ ~ □□□□/□□/□□ | | | | | | | | | | | |
| 8. 先進医療 | | | | | | | | | | | |
| 技術名 | | | | | | | | | | | |
| 治療日(実施期間) | | | | | | | | | | | |
| 実施回数 | | | | | | | | | | | |
| 技術料(減免・助成金額含む) | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 ← ~ □□□□/□□/□□ □□□□ 回 □□□□, □□□□, □□□□ 円 | | | | | | | | | | | |
| 9. 在宅医療 | | | | | | | | | | | |
| 在宅医療を受けた日 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 ← ※往診料・救急搬送診療料を除く在宅患者診療・指導料の算定の対象となる診療に限りませ。 | | | | | | | | | | | |
| 同一の月に2回以上あるときは、その月の最初の在宅医療を受けた日をご記入ください。 □□□□/□□/□□ ・ □□□□/□□/□□ ・ □□□□/□□/□□ | | | | | | | | | | | |
| 10. 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(通院予定日は記入不要)。 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 ← 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 | | | | | | | | | | | |

| | |
|--------------|--------------|
| 上記のとおり証明します。 | 病院または診療所の所在地 |
| 証明日(診断日) | 名称 |
| □□□□/□□/□□ | 科名 |
| | 電話番号 |
| | 医師名 |

