

電機連合けんこう共済
診断書

病氣用

④

電機連合福祉共済センター 宛
東京海上日動火災保険(株) 宛

※医療機関へ作成をご依頼ください。

1. 氏名	カルテ番号		性別	男・女	生年月日	昭平令 西暦	年	月	日																									
2. 傷病名 (確定診断された場合は確定診断後の傷病名)							傷病発症年月日																											
7. 入院・通院(手術)等の原因となった傷病名	傷病が複数ある場合は、傷病ごとに番号を付け、どの傷病に対する入院・手術かをご記入ください。 左・右 ○両側		ICD-10コード () ICD-O-3コード ()		年 月 日																													
4. アの原因	年 月 日																																	
ウ. 合併症 併存疾患	入院の必要性: 無・有 入院が必要な期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 上記7.との関連性: 無・有		年 月 日					年 月 日																										
3. 既往症 持病	無・有	傷病名	当院 () (科) ・ 他院 () (病院)		治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃																													
4. 前医又は紹介医	無・有	医療機関名	初診日 年 月 日																															
5. 治療期間	初診 年 月 日 ~ 年 月 日		終診(治愈)		終診(中止)		現在加療中		転院																									
	入院期間	第1回入院 年 月 日 ~ 年 月 日	日帰り		退院		入院中		転院 転科 入院手術が決定した日 年 月 日																									
		第2回入院 年 月 日 ~ 年 月 日	日帰り		退院		入院中		転院 転科 年 月 日																									
		妊娠・分娩に関する疾病のうち、公的医療保険制度の適用入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日																																
	通院日	通院治療日数 () 日 上記2.アおよびイの傷病に関する通院治療日に○印をご記入ください。(妊娠・出産に関する疾病は健康保険が適用する場合のみ)																																
	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
6. 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間 (無職の場合は、家事労働としてご記入ください。)	無・有		年 月 日 ~ 年 月 日		終了		現在継続中																											
※証明期間については、本診断書の証明日以前かつ、最終通院日以前の期間でご記入ください。																																		
7. 発病から初診までの経過、初診時の主訴および所見、その後の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)									頸部症候群(むちうち症)・腰痛の場合 医学的他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見)の有無 ・画像所見(X-P、CT、MRI) 異常[無・有()] ・その他所見 異常[無・有()]																									
8. 新生物(異形成含む)の場合	検査名		検査結果判定日		検査結果																													
	病理組織学的検査		年 月 日																															
	細胞学的検査		年 月 日																															
	内視鏡的検査		年 月 日																															
	MRI-CT ()検査		年 月 日																															
悪性新生物の種類		上皮内新生物(上皮内癌・非浸潤癌) 浸潤性・その他 不明																																
最終の病理組織学的検査		診断確定日: 年 月 日		診断名:		TNM分類および病期分類																												
状態	治癒	寛解	治療継続	その他()	告知	無・有	本人	家族	年 月 日頃 病名()を告げた																									
該当区分	*今回がはじめての悪性新生物罹患ですか。 【再発・転移の場合】治療によりがんが認められなかった期間 無・有 () 年 月 日 ~ 年 月 日		原発	再発	転移	今回と関係の無い罹患歴あり																												
手術種類	1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術 4. 胸腔鏡 5. 開腹術 6. 腹腔鏡 7. ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 8. 経皮的 9. 経尿道的 10. 経腔的 11. レーザー 12. 衝撃波 13. その他() ↓上記1~13から選択																																	
9. 手術	手術コード 区分番号・項目	手術名	手術目的	手術日	種類	摘出術の場合、悪性腫瘍(悪性組織)を	筋骨関係の手術の場合	筋・腱・靭帯に操作が	口腔手術の場合、顎骨を	植皮術、皮弁術の面積	骨内異物除去術の場合	子宮の場合																						
	K	左	治療	年 月 日	□	□	□	□	□	□	□	□																						
	J	算定なし 右	生検	年 月 日	□	□	□	□	□	□	□	□																						
K	左	治療	年 月 日	□	□	□	□	□	□	□	□																							
J	算定なし 右	生検	年 月 日	□	□	□	□	□	□	□	□																							
※第3回以降の手術がある場合は手術コード・手術名・手術日・手術種類・手術内容をご記入ください。																																		
10. 放射線照射	診療報酬区分 区分番号		項目	照射方法	体外照射	定位照射	密封小線源	部位	期間	開始	年 月 日	総線量																						
	M	L	「」	温熱療法	その他()				終了	年 月 日	Gy																							
電磁波温熱療法を実施した場合は具体的な日付をご記入ください。(例:YYYY/MM/DD)																																		
11. 抗悪性腫瘍剤	無・有	治療内容(薬剤名)	治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日							継続中																						
12. 先進医療実施内容	無・有	技術名:	実施日: 年 月 日 ()回				当該先進医療の評価療養としての認可時期		年 月 日																									
		受療者が支払った先進医療の「技術料」		円																														
13. 今後の治療予定	無・有	① 悪性新生物の治療 (ア)手術 (イ)放射線 (ウ)抗悪性腫瘍剤・ホルモン治療 (エ)経過観察 (オ)その他()																																
		② その他の治療 病名() (ア)手術 (イ)経過観察 (ウ)その他()																																
上記の通り証明します。 所在地 年 月 日																																		
病院または診療所の 名称 医師氏名 印																																		
所属診療科																																		
電話番号																																		

【お願い】 訂正、追記箇所には必ず証明印と同一印にて訂正印を押印してください。記入欄が足りない場合は、余白または別紙にご記入ください。