

※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 | | | | | | | 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。 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Aの原因 | 左・右 両側 | | | | | | ICD-10コード [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 前医又は紹介医 | 無・有 | | 医療機関名 | | 初診日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 初診から現在までの主要症状ならびに治療内容 | | | 当該傷病の治療歴 無・有 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 医療機関名: 治療内容: 治療に影響を及ぼした既往症 無・有 傷病名: 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()] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. 治療期間 | 初診 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | 終診(治療) 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ※第3回以降の入院がある場合は、入退院日をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院治療日数 (日) | | 上記2.A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。(往診日を含む) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | |
| 固定具名① | | □ギブス □ギブスシーネ □ギブスシャーレ □シーネ □その他() | | | 固定具名② | | □ギブス □ギブスシーネ □ギブスシャーレ □シーネ □その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 固定部位① | | () から () | | | 固定部位② | | () から () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 常時装着期間① | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | 常時装着期間② | | 年 月 日 ~ 年 月 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。) | | | | | | | | | | 終了 現在継続中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 無・有 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | ※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. 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術コード区分番号・項目 | | 手術名 | | | 手術目的 | | 手術日 | | 種類 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K 算定なし | | 左 右 両 | | | 治療 生検 | | 年 月 日 | | □観血 □非観血 | | □及ぶ □及ばない | | □削った □削らず | | □25cm ² 以上 □25cm ² 未満 | | □抜釘 □その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K 算定なし | | 左 右 両 | | | 治療 生検 | | 年 月 日 | | □観血 □非観血 | | □及ぶ □及ばない | | □削った □削らず | | □25cm ² 以上 □25cm ² 未満 | | □抜釘 □その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※放射線照射を実施した場合には、診療報酬区分番号・項目・照射方法・部位・期間・総線量(Gy)をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. 先進医療実施内容 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. 後遺障害 | | 上記後遺障害の残存見込み 無・有・未定 | | | | | | 後遺障害の内容(部位および程度) | | | | | | 症状固定見込年月 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 所属診療科 電話番号 | | 医師氏名 | | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【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。