

※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 名称 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し印してください。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。