

がん・虚血性心疾患・脳血管疾患の場合、記入要領の定義を正確のうえそれぞれ6・7・8・9欄にも記入ください。

【お願い】 ●当紙の記入にあたっては、別紙記入要領を参照ください。 ●訂正の場合は証明書印による訂正印を押印ください。

1	氏名	カルテ番号 様 ()	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日	
2	A. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病名	診断確定された場合は診断確定後の傷病名をご記入ください。			傷病発生(受傷)年月日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
	B. その原因				西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
	C. 入院中に治療を行った合併症				西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
	治療内容	入院の必要性	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	治療期間	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日		
3	初診日	西暦 年 月 日	今回の傷病(上記2のAまたはB)の初診日をご記入ください。				
3	入院[1]	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 入院中			
	入院[2]	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 入院中			
4	手術[1]	診療報酬点数区分 K J	手術名・手術日	手術部位 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	手術種類		
	手術[2]	K J	手術日	手術部位 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	手術種類		
5	放射線照射 温熱療法	照射・療法 の名称	部位	Mコード M -	総線量 Gy	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日	
6	がん の場合 (上皮内癌・非浸潤癌・異形成・上皮内新生物・カルチノイド・GISTを含む)	①本人への病名告知	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	②上皮内癌・非浸潤癌で	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	③今回治療のがんは	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 不明
		④別のがんの既往	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	(左記④が「ある」場合の部位)		⑤深達度(大腸癌のみ)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM以深
		⑥他臓器への浸潤	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	(左記⑥が「ある」場合の部位)		⑦食道癌 T1a の場合	<input type="checkbox"/> E P <input type="checkbox"/> L P M <input type="checkbox"/> MM
	⑧ 病理組織 診断	診断名	ステージ分類	(p)TNM分類	再発・転移の場合 の診断確定日		
	⑨ 他の検査 による 診断確定	診断名	ステージ分類	(c)TNM分類	再発・転移の場合 の診断確定日		
	「他の検査で⑧より前に診断確定した場合」または「⑧が実施できない場合」に⑨をご記入ください。						
7	抗がん剤 治療	医薬品名	健保適用	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 適用外			
		抗がん剤の投与・処方をした日または処方せんを発行した日のうち同一月内の最初の日のみをご記入ください。					8が「必要」、9が「はい」 の場合
		投与または処方年月	月内初日	投与または処方年月	月内初日	投与または処方年月	月内初日
		西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
8	虚血性心疾患 の場合	虚血性心疾患の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態でしたか? (労働制限とは、軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限が必要な状態を言います)			<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	原因の傷病名を記入 ください。 (複数ある場合は全て)	
9	脳血管疾患 の場合	脳血管疾患の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、言語障がい・運動失調・麻痺などの他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか? ※他覚的な所見がなく自覚症状のみの場合は「いいえ」を選択してください。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
10	先進医療	技術名	施行日	西暦 年 月 日	技術料	円	
11	歩行運動処置	2欄の傷病の治療目的に、医科診療報酬点数表の「歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)(1日につき)」を使用した場合、または自由診療で当処置を使用した場合、ご記入ください。			使用開始日	西暦 年 月 日	
12	意思能力	給付金請求などの意味を理解し、それにもとづいて意思表示を行うことができますか?			<input type="checkbox"/> できない		
上記のとおり証明します。 病院または診療所の 所在地 名称(および科名) 電話番号					証明日	西暦 年 月 日	
					医師氏名	(印)	

●手術の種類
番号を選択しご記入ください。

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	脊髄手術
8	経皮的
9	経尿道的
10	経腔的
11	内視鏡またはカテーテルによる手術
12	眼科レーザー
13	その他

当用紙は「入院・手術証明書（診断書）」と一緒に

主治医

にお渡しください。

診断書記入要領

「入院・手術証明書（診断書）」

A 入院中に治療を行われた合併症がある場合は、合併症に対する治療内容、合併症による入院必要性の有無、合併症に対する治療期間をご記入ください。

B 入院期間と「退院」もしくは「入院中」に☑を入れてください。
3回目以降の入院があれば別紙添付ください。（要医師証明印）

C 手術欄に診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術をすべてご記入ください。**K・Jコード(区分・枝番を含む)**、手術名・手術日、手術の種類(1~13)をご記入ください。
※手術の種類のうち「7脊髄手術」は、次に該当する手術とします。

脊髄硬膜を切開し、脊髄(脊髄髄膜を含みます。)に対して、直接的に操作を加える手術をいい、脊椎内視鏡下に行われる手術を含みます。

経皮的手術・TAE・気管切開術・内視鏡による止血術・ステント留置術・ラジオ波焼灼術・シャント術などを含みます。上記以外にも処置(J)にあたる持続ドレナージ・腹膜灌流(カテーテル留置がある場合)などもご記入ください。

3回目以降の手術があれば別紙添付ください。（要医師証明印）

D 放射線照射もしくは温熱療法を行われた場合は、照射・療法の名称、部位、Mコード(区分・枝番を含む)、総線量、照射・治療期間をご記入ください。

E がん、虚血性心疾患、脳血管疾患の場合は、該当する疾病欄にご記入ください。
※対象となる疾病の定義は、右欄の内容を参照ください。

がん該当する場合は、「6. がんの場合(上皮内癌、非浸潤癌、異形成、上皮内新生物、カルチノイド、GISTを含む)」欄の①~⑨をご記入ください。

抗がん剤治療を実施している場合は、「7. 抗がん剤治療」欄をご記入ください。

虚血性心疾患・脳血管疾患で、8. が「必要」、9. が「はい」の場合は、右側に原因の傷病名をご記入ください。

F 先進医療に該当する治療を行われた場合は、先進医療の技術名、施行日、技術料をご記入ください。

記入例

※記入例につき、各項目間に関連はありません。

1506 提出先 大同生命保険株式会社 入院・手術証明書(診断書) 主治医記入

1 氏名	大同 太郎	カルテ番号	様 (1234567)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦 40年7月15日	大正	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	
A. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病名	肝がん		傷病発生(受傷)年月日		西暦 2024年2月1日		<input checked="" type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告			
B. その原因	肝硬変		西暦		不明		<input checked="" type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告			
A. 入院中に治療を行った合併症	糖尿病、増殖性網膜症		西暦		2008年		<input checked="" type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告			
治療内容	インスリン治療、手術		入院の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		治療期間	西暦 2024年3月10日 ~ 2024年3月31日			
初診日	西暦 2024年2月1日		←今回の傷病(上記2の人またはB)の初診日をご記入ください。							
B. 入院①	西暦 2024年3月10日 ~ 2024年3月31日		<input checked="" type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中		手術の種類(番号を選択して記入ください)					
入院②	西暦 2024年4月20日 ~ 2024年4月25日		<input checked="" type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中		1 開胸術 2 空嚢術 3 開腹術 4 胸腔鏡 5 開腹鏡 6 腹腔鏡 7 骨盤手術 8 経皮的 9 経皮的 10 経皮的 11 内視鏡またはカテーテルによる手術 12 経カテーテル 13 その他					
C. 手術①	診療報酬点数表区分	695-2.1	手術名(手術日)	腹腔鏡下肝切除術(部分切除)	手術部位	<input type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	手術種類	6		
手術②	276-1	右網膜光凝固術(通常のもの)		手術部位	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	12				
D. 放射線照射/温熱療法	照射療法/温熱療法	電磁波温熱療法		部位	腹部					
Mコード	M 003-1		総線量	Gy	西暦 2024年4月1日 ~ 2024年5月21日					
E. がんの場合	①本人への病名告知	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	②上皮内癌・非浸潤癌で	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	③今回治療のがんは	<input checked="" type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 不明				
④がんの既往	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない		(左記④がある場合の部位)		⑤深達度(大腸癌のみ)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM以降				
⑤他臓器への浸襲	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない		(左記⑤がある場合の部位)		⑥食道癌T1aの場合	<input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> LPM <input type="checkbox"/> MM				
⑥病理組織診断	肝細胞がん		ステージ分類	(p)TNM分類		再発・転移の場合の診断確定日				
診断確定日	西暦 2024年3月20日		I II III	T (4)	N (0)	M (1)	西暦 年 月 日			
⑦他の検査による診断確定	腹水細胞診(class V)		ステージ分類	(c)TNM分類		再発・転移の場合の診断確定日				
診断確定日	西暦 2024年2月10日		I II III	T (3)	N (0)	M (1)	西暦 年 月 日			
7. 抗がん剤治療	医薬品名	ラムシルマブ		機保適用	<input checked="" type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 適用外					
投与または処方年月	西暦 2024年4月3日	西暦 2024年5月1日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	8が必要、9が「はい」の場合 原因の傷病名を記入ください。 (傷病ある場合は全て)					
8. 虚血性心疾患	虚血性心疾患の発症日(初診日)からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態でしたか?		<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要		9が「はい」の場合、右側に原因の傷病名を記入ください。					
9. 脳血管疾患	脳血管疾患の発症日(初診日)からその日を含めて60日以上、意識障害・運動失調・麻痺などの機能的な神経学的検査結果が認められていたか? ※他臓器の疾患が原因で自覚症状のみ認められた場合は「はい」とは記入できません。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明							
11. 先行運動療法	2種の傷病の治療目的に、医科診療報酬点数表の「歩行運動装置(ロケットステップによるもの)(1日につき)」を使用した場合、または自由診療で当該装置を使用した場合、ご記入ください。	使用開始日		西暦 年 月 日						
12. 意思能力	給付金請求などの意味を理解し、それにもとづいて意思表示を行うことができますか?		<input type="checkbox"/> できない		証明日 西暦 2024年5月31日					
病院または診療所の所在地	大阪市西区江戸堀1-2-1		大同病院 消化器外科		医師氏名 大同 一郎					
名称(および科名)	大同病院 消化器外科		06-△△△△-△△△△							

疾病名	疾病の定義
がん	悪性新生物、上皮内癌、非浸潤癌、異形成、上皮内新生物、カルチノイド、GISTなど ・中間悪性や前癌状態も含みます。 ・良性腫瘍は含みません。 ステージ分類、(p)TNM分類は、UICC(国際対がん連合)基準をご記入ください。
虚血性心疾患	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞、狭心症、冠動脈慢性完全閉塞
脳血管疾患	脳卒中(脳出血・脳梗塞・クモ膜下出血)※、脳動脈閉塞・狭窄、非破裂性脳動脈解離・瘤、もやもや病 ※中枢神経系の脱落症状が24時間未満であるもの(一過性脳虚血発作など)は含みません。