

がん 急性心筋梗塞・脳卒中の場合、記入要領の定義を「確認のうえそれぞれ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	確定診断された場合は確定診断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 手術内容	
	手術 [2]	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 手術内容		
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 別のがんの既往はあるか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	② 本人への病名告知が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
		③ 上皮内癌・非浸潤癌で	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	④ 深達度(大腸癌のみ)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM以深		
		⑤ 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	⑥ 食道癌 T1a の場合	<input type="checkbox"/> E P <input type="checkbox"/> L P M <input type="checkbox"/> MM		
		⑦ 病理組織診断	診断名	ステージ分類	(p)TNM分類		
		診断確定日	西暦 年 月 日	I II III IV O なし	T() N() M()		
		再発・転移の場合の診断確定日	西暦 年 月 日	「他の検査で⑦より前に診断確定した場合」または「⑦が実施できない場合」に⑧をご記入ください。			
6	⑧ 他の検査による診断確定	診断確定方法	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 画像所見(CT・MRI等) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> その他()	診断名	ステージ分類	(c)TNM分類	
		診断確定日	西暦 年 月 日	I II III IV O なし	T() N() M()		
		再発・転移の場合の診断確定日	西暦 年 月 日				
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。					
		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	急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の発病日(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?				<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
		脳卒中の発病日(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」を選択ください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9	脳卒中の場合						
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	経陰的
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

●手術の内容
該当するすべてのカナを選択しご記入ください。

・筋骨関係手術の場合

ア	観血手術
イ	非観血手術

・手指・足趾の手術の場合
手掌部・手背部または足底部・足背部に

ウ	及ぶ手術
エ	及ばない手術(手指・足趾に限局)

・観血手術の場合
筋・腱・靭帯の切開・切断・縫合を

オ	伴う手術
カ	伴わない手術

・植皮・皮弁術の場合
植皮・皮弁面積が

キ	25cm ² 以上
ク	25cm ² 未満

・口腔手術の場合
顎骨に

ケ	達する手術
コ	達しない手術

・血管カテーテル手術の場合

サ	・外腸骨動脈 ・腋窩動脈 ・上記より中枢側の動脈
シ	サ以外の動脈

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）」

記入例

※記入例につき、各項目間に関連はありません。

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)、手術の内容(A~シ)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、直達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)にあたる持続ドレーナージ・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、急性心筋梗塞、脳卒中の場合は、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①~⑧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。

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

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 N

1 氏名 大同 太郎 カルテ番号 1234567 性別 男 生年月日 西暦 2023年 7月 15日

2 A. 入院・手術等の原因となった病名 肝がん 傷病発生(受傷)年月日 西暦 2023年 2月 1日

3 B. その原因 肝硬変 西暦 不明年 月 日

4 C. 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 月 日

5 手術の種類 手術内容 6 6 手術種類 6

6 手術内容 7 7 手術種類 12

7 放射線照射 温熱療法 電磁波温熱療法 部位 腹部

8 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) 肝細胞がん

9 急性心筋梗塞の場合 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞

10 脳卒中の場合 脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血

11 先行運動処置 歩行運動処置

12 同意能力 同意あり

病院または診療所の所在地 大阪府大阪市西成区 大同病院 消化器外科

医師氏名 江戸堀 一郎

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。
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 ・陳旧性心筋梗塞や狭心症は含みません。
脳卒中	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血 ・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。