医療機関提出用

入院・手術・通院等証明書（診断書）

(受付番号)X　　X

宛先：東京海上日動あんしん生命保険株式会社

※新生物（異形成含む）の場合、右記のアからオで行ったものはすべてご記入ください。
※病理組織学的検査実施の場合、病理組織診断名を「結果概要」欄にご記入ください。

1．氏名		カルテ番号（　　）	(男) (女)	生年月日	年　月　日	
2・傷病名	ア．入通院・手術の原因となった傷病	慢性腎臓病については、病期を含めご記載ください。	症状出現または検査指摘時期	年　月　日(頃)	(医師推定) (患者申告)	ウ．合併症・併存疾患 糖尿病がある場合は、神経障害・腎症・眼疾患の内容を含めご記載ください。
	イ．アの原因			年　月　日(頃)	(医師推定) (患者申告)	
3．診療期間	初診　年　月　日～　年　月　日 (当院診療中) (終診)					

4・新生物の場合

	検査項目	検査結果判明日	検査結果	イ．TNM分類・組織学的壁深達度・状態
ア．新生物(異形成を含む)に関する検査項目・検査概要	病理組織学的検査	年　月　日		TNM分類　T(　) N(　) M(　)
	細胞学的検査	年　月　日		大腸癌の場合 (m) (sm以深)
	(　　)検査	年　月　日		状態：(治癒) (寛解) (治療継続)

ウ．診断確定日	年　月　日	告知	(本人) (家族に)　月　日頃、病名（　　）を (告げた) (告げてない)
エ.悪性・上皮内新生物の既往症	(有) (無)	病名	診断時期　年　月　日(頃)
オ．悪性新生物の症状経過・経時的な推移	腫瘍の占拠部位（転移巣を含む）		
	治療後の遺残・再発		
	治療により悪性新生物が認められなかった時期	年　月　日(頃) ～　年　月　日(頃)まで	

※患者が入院するための施設と同等の施設を有する柔道整復師法に定める施術所を含みます。

5．前医・紹介医　(有) (無)　医療機関名　　初診日　年　月　日（頃）

6．入院期間
医療法に定める病院または患者が入院するための施設を有する診療所での入院期間を記載ください。

1回目	年　月　日 ～　年　月　日	□ 入院中 （〈当科〉・〈転科〉・〈他院〉） □ 退院　□ 死亡退院
2回目	年　月　日 ～　年　月　日	□ 入院中 （〈当科〉・〈転科〉・〈他院〉） □ 退院　□ 死亡退院
3回目以降	3回目以降の入院がある場合は、入院期間をすべてご記入ください。	

※胸腔・腹腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置などを含む。
※一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。

7．通院日
上記2項ア.に関わる通院(往診含む)の日付に○印をご記入ください。

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
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
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
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
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
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
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
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
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

8．手術
1．開頭術 2．穿頭術 3．開胸術（開心術） 4．胸腔鏡下手術 5．開腹術 6．腹腔鏡下手術 7．経尿道的 8．経膣的 9．ファイバースコープまたはカテーテルによる治療 10．レーザーによる手術 11．衝撃波 12．その他（　　）
「種類」には、上記1～12いずれかの番号をご記入ください。

種類	手術・処置区分コード	手術名	手術日	左右の別	骨・関節に対する治療の場合	筋・腱・靭帯の切断・切開・縫合を	手指・足指の場合MP関節を含め手術野が中枢側に	植皮術・皮弁形成術の場合面積が
	(K) - (J) -		年　月　日	(左) (右)	(観血) (非観血)	(伴う) (伴わない)	(及ぶ) (及ばない)	(2.5cm以上) (2.5cm未満)
	(K) - (J) -		年　月　日	(左) (右)	(観血) (非観血)	(伴う) (伴わない)	(及ぶ) (及ばない)	(2.5cm以上) (2.5cm未満)

3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分、手術名、手術日、手術種類、手術内容等を記入ください。

※オピオイド鎮痛薬にかかる薬剤料または処方せん料、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算、有床診療所緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料のいずれかが算定された期間。②がん性疼痛緩和目的にて健保適用のオピオイド鎮痛薬または神経ブロックを使用された期間。

9．放射線治療・電磁波温熱療法	区分コード	治療内容	実施期間	吸収線量合計	(照射予定) (照射中) (完了)
	M -		年　月　日～　年　月　日	Gy	
10．抗悪性腫瘍剤	健保適用	治療内容（薬剤名）	投与期間		(治療予定) (治療中)
	(有) (無)		年　月　年　月　年　月　年　月　年　月 年　月　年　月　年　月　年　月　年　月		
11．先進医療	技術名		実施日	技術料	
			年　月　日	円	
12．療養・就労制限に関する期間	どのような業務にも従事せず自宅等で療養することを指示した期間		年　月　日 ～　年　月　日		
	家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動は制限を要する期間		年　月　日 ～　年　月　日		
13．緩和療養	左記①②のいずれかに該当する期間をすべてご記入ください。		年　月　年　月　年　月　年　月　年　月 年　月　年　月　年　月　年　月　年　月		(実施予定) (実施中)

14．脳卒中の場合	初診日から60日経過した時点における中枢神経系後遺症	(有) (無)	後遺症の詳細

上記の通り証明します。　所在地　　証明日　年　月　日

医療機関　名称・診療科

電話番号　　医師名　　(印)

CB130

※ 訂正がある場合は必ず証明印による訂正印を押印ください。
※ 記入欄が足りない場合は、余白または裏面にご記入ください。裏面にご記入いただく場合は記入箇所に署名・押印ください。
※ 原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印ください。