

入院・手術・通院等証明書(診断書) -A (新生物用)

※証明項目が不足する場合は、医療機関にて別紙をご用意いただき、ご証明をお願いします。追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所にて**証明印による訂正印**を押印願います。

1	氏名	カルテ番号 ()		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦)	年 月 日																						
2	②入院(手術)の契機 となった傷病名	ICD-10コード		診断確定日(西暦)		傷病発生年月日(西暦)																							
	④ ②の原因			年 月 日		年 月 日																							
	③入院中に治療を行った合併症 (入院加療あり)			③に対する入院中の治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日																									
3	治療期間 ※入院算定のある 日帰り入院を 含みます。	初診(西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日		*加療中の場合は終了日は不要です																								
		入院期間 (西暦)	第1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 入院中	入院を指示した日 年 月 日																						
			第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 入院中	入院を指示した日 年 月 日																						
(第3回目以降の入院があれば、入院日・退院日を記入ください。入院の場合は、現在入院中と付記ください。)																													
4	前医・紹介医 (ありの場合)	医療機関名	医師名	受療期間	~ 年 月 日																								
5	発病(受傷)から 現在までの経過	今回傷病の経過(主訴、検査内容および検査結果、治療内容、経過等)をご記入ください。																											
6 悪性 新生物 ・ 上 皮 内 新 生 物 の 場 合	病理組織学的 検査	<input type="checkbox"/> あり	病理組織診断名を記入してください(コルポ組織診を含む)				診断確定日(西暦)	年 月 日																					
		<input type="checkbox"/> なし	(コルポ組織診の場合) CIN: <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II・ <input type="checkbox"/> III				年 月 日																						
	「なし」の場合は今後の実施予定日をご証明ください。		実施予定日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 実施予定なし																						
	上記以外の 検査	検査名	診断結果				診断日(西暦)																						
		細胞学的検査					年 月 日																						
CT-MRI						年 月 日																							
その他()					年 月 日																								
種類	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他()	新生物の種類	<input type="checkbox"/> 上皮内癌・非浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性・その他 <input type="checkbox"/> 不明		大腸がんの深達度	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM以深																							
TNM分類	T() N() M()	国際疾病分類、腫瘍学コード	M - / <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 6, <input type="checkbox"/> 9																										
本人への悪性告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	告知日(西暦)	年 月 日		告知病名																								
がん 治療 の 場 合 の 所 見	①証明日時点で担当が状態である。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合、判断根拠となる検査の実施日、検査名および診断結果を具体的に記入ください。																												
	担当が状態である根拠(検査名、診断結果等):																												
	②証明日時点でのご治療内容につきまして、以下のいずれに該当するかご記入ください。 <input type="checkbox"/> 治療は、がんの治療を直接の目的(手術、投薬、放射線治療、化学療法等)とするものである。 <input type="checkbox"/> 治療は、がんの再発の防止(経過観察、再発防止目的での投薬等)を目的とするものである。 <input type="checkbox"/> その他(※詳細を右欄にご記入ください。) 治療の詳細																												
7	手術	種類	(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術(含開心術)・胸腔鏡下手術 (4)開腹術・腹腔鏡下手術 (5)レーザー術 (6)ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療(四肢・四肢以外) (7)経皮的・経尿道的・経膈的																										
		内容	・筋骨関係手術(観血・非観血) ・手指・足指手術:MP関節を含めて中極側に(及ぶ・及ばない) ・植皮術・筋皮弁術: (<25cm以下> <25cm未満) ・口腔内手術:顎骨を(削っている・削っていない) ・筋・腱・靭帯に操作が(及ぶ・及ばない) ・穿頭術:(新たな穿頭による・既存の穿頭穴を使用)																										
	診療報酬 点数区分	KまたはJコード	手術名	手術日(西暦)	部位	手術の指示日(西暦)																							
8	放射線治療 および 悪性新生物 温熱療法	照射内容	部位	総線量		Gy																							
		区分	種類	<input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> 密封小線源 <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他()																									
		M	-	期間	開始日	年 月 日 ~ 終了日	年 月 日																						
9	脱毛症状	がんの治療を直接の原因として、頭髮に脱毛の症状が生じていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					症状確認日	年 月 日																					
10	抗がん剤 治療	薬剤名	治療日	※証明項目が不足する場合は、医療機関にて別紙をご用意いただき、ご証明をお願いします。																									
		公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 有【F・G -】/ <input type="checkbox"/> 無	投薬日数:	日分	投薬日数:	日分	投薬日数:	日分																					
	ホルモン剤 治療	薬剤名	治療日	※証明項目が不足する場合は、医療機関にて別紙をご用意いただき、ご証明をお願いします。																									
		公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 有【F・G -】/ <input type="checkbox"/> 無	投薬日数:	日分	投薬日数:	日分	投薬日数:	日分																					
緩和ケア診療等 の入院	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 診療加算が算定された入院期間をご証明ください。	第1回目	年 月 日 ~	年 月 日	第2回目	年 月 日 ~	年 月 日																						
11	通院治療日	通院年月	2②の傷病での通院治療日に○印をつけてください。(経過観察のための診察や検査のみで、治療行為を伴わない受診は含みません。)																										
		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																								
12	先進医療	治療の種類	受領者負担となる 先進医療技術料(消費税は除く)				円																						
		治療期間(西暦)・実施回数	治療期間:	年 月 日 ~	年 月 日	実施回数:	回																						
13	請求意思能力	受療者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できないと思われる場合は、右にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> できない																											
14	既往症 持病	病名()	手術(有/無)	治療時期	年 月 日頃 ~	年 月 日頃まで																							
		(入院/通院)																											
上記のとおり証明します																													
所在地		病院または 診療所の 名称および科名		医師氏名		印																							
電話番号																													