

# 診断書をご記入いただくにあたってのお願い(災害用)

ご担当される先生へ

ご記入にあたってご留意いただきたい点をご一読の上、ご記入をお願い申し上げます。



| 項目  | ご記入にあたってご留意いただきたい点              | 備考   |   |
|-----|---------------------------------|--|---|
| 2項  | ア. 入院・手術等の原因となった傷病名             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■原因となった傷病名が複数ある場合は、すべて記入してください。</li> <li>■傷病発生日はお分かりになる範囲で記入してください。(イ・ウ欄も同様です。)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■原因となった傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)と傷病の発生日をご記入いただく項目です。</li> <li>■ICD10コードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。</li> </ul> |
|     | イ. アの原因                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>■アの原因となった傷病や事故等(交通事故・転落事故等)があれば記入してください。</li> <li>■原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。</li> </ul>   | -   |
|     | ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■入院治療の必要があった傷病を記入してください。</li> <li>■該当する傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■保障内容や傷病によって給付金のお支払内容が異なる場合がございます。</li> </ul>  |
|     | エ. アの初診日                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■貴院におけるアの傷病に関する最初の診察日を記入して下さい。(貴院他科での診察を含みます。)</li> <li>■貴院でのアの治療状況について治癒・継続・中止・転医から選択してください。</li> </ul>  | -   |
| 3項  | 前医・紹介医                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■アの前医または紹介医があれば、記入してください。</li> </ul>  | -   |
| 4項  | 既往症・持病                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■2項「傷病」欄に関係しないものを含め、お分かりになる範囲で記入してください。</li> </ul>  | -   |
| 5項  | 入院(日帰り入院を含みますが外来治療は除きます)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■入院が3回以上の場合、「第3回以降」欄に記入してください。記載しきれない場合は別紙にご記入いただいても結構です。その際は、「第3回以降」欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても証明印を押印ください。</li> <li>■集中治療室で治療された場合は①～④のいずれかを選択のうえ、その期間をご記入ください。</li> </ul>  | -   |
| 6項  | 手術                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■手術給付金のお支払対象となる場合がありますので、診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。</li> <li>■診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日を記入してください。<br/>例) 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術 など</li> <li>■以下のような処置等もあわせて記入してください。<br/>例) 持続的腹腔ドレナージ、胸腔ドレナージ など</li> <li>■手術が3回以上の場合、「第3回以降」欄に記入して下さい。記載しきれない場合は別紙にご記入いただいても結構です。その際は、「第3回以降」欄に「別紙あり」と記入いただき、別紙についても証明印を押印ください。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■Kコード・Jコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。</li> </ul>   |
| 7項  | 放射線・温熱療法                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■照射中の場合は、部位、期間、照射量など照射済みの範囲で記入してください。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■Mコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。</li> </ul>  |
| 8項  | 先進医療                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■貴院にて評価療養として認められている先進医療のみご記入ください。</li> <li>■受療者が支払った先進医療の技術料に対して給付金額が変わってきますので、受療者が支払った先進医療の技術料のみご記入ください。</li> </ul>  | -   |
| 9項  | 頸部症候群または腰痛の場合の他覚症状              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■外傷について画像所見(X-P、MRI、CT等)や、神経学的所見(筋力低下、知覚障害、腱反射の亢進や低下や消失等)の計測結果について記入してください。</li> </ul>  | -   |
| 10項 | 特定損傷                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■「骨折」「関節脱臼」「腱の断裂」に該当する場合、いずれかをご選択のうえ、損傷部位を記入してください。</li> <li>■複数個所に及ぶ場合、すべての箇所について記入してください。</li> <li>■病的骨折(わずかな外力により骨折にいたるもの)および疾病を原因とする腱の断裂の場合、その原因と考えられる傷病名を記入してください。</li> <li>■関節脱臼の場合で、先天性脱臼または病的脱臼(わずかな外力によって脱臼にいたるもの)または反復性脱臼に該当する場合は、該当項目を選択してください。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■「骨折」・・・軟骨骨折は除きます。</li> <li>■「関節脱臼」・・・半月板損傷・断裂は除きます。</li> <li>■「腱の断裂」・・・靭帯の断裂・損傷は除きます。</li> </ul>                |
| 11項 | 平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になかった日 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になかったと判断される場合は、その日付を記入してください。</li> </ul>  | -   |
| 12項 | 通院                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■今回の治療にともなう、貴院の通院日をもれなく○で囲んでください。(治療をとまわらない薬剤の購入、受取のみ等の通院は含みません。)</li> <li>■往診日も含んで○で囲んでください。</li> <li>■通院予定日は含みません。</li> </ul>   | -   |

**証明欄に、必ずご署名・ご捺印・証明日のご記入をお願いいたします。**

入院・手術・通院証明書(災害用)

|   |  |   |        |                                  |  |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|---|--|---|--------|----------------------------------|--|-----------------|---|---|-----------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------------------|----|------|----|----|------|
| 1.氏名  |  | フリガナ  | カルテ番号  | 性別                               | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女   | 生年月日            | 大正 昭和 平成  | 年 月 日   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 2.傷病  | ア. 入院・手術等の原因となった傷病名  | 入院・手術等の原因となった傷病名を記入してください<br>ICD10コード                     |        |                                  |  |                 | 傷病発生日(受傷年月日)を記入してください<br>医師推定 年 月 日   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | イ. アの原因  | アの原因となった傷病名や事故を記入してください<br>ICD10コード                       |        |                                  |  |                 | 傷病発生日(受傷年月日)を記入してください<br>医師推定 年 月 日   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)  | ア、イ以外の、入院治療の必要があった傷病(合併症を含む)があれば記入してください<br>ICD10コード      |        |                                  |  |                 | 傷病発生日(受傷年月日)を記入してください<br>医師推定 年 月 日   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | エ. アの初診日   | 年 月 日   |        |                                  | アの治療状況   |                 | 治癒 継続 中止 転医   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 3.前医・紹介医  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 傷病名   | 治療期間   | 年 月 日～年 月 日                      |  | 医療機関<br>医師名     |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 4.既往症・持病  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 傷病名   | 治療期間   | 年 月 日～年 月 日                      |  | 医療機関<br>医師名     |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 5.入院<br>(日帰り入院を含みます・<br>外来治療を除きます)                                      | 第1回  | 年 月 日～年 月 日   |        |                                  | <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院 |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | 第2回  | 年 月 日～年 月 日   |        |                                  | <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院 |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | 第3回以降  |   |        |                                  |  |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | 集中治療室(ICU)<br>管理治療 ①～④から選択                                 | <input type="checkbox"/> ①救命救急医療                          |        | <input type="checkbox"/> ②特定集中治療 |  | 第1回 年 月 日～年 月 日 |   | 第2回 年 月 日～年 月 日   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 6.手術  | 第1回  | 手術日   | 年 月 日  |                                  | 手術部位   | 手術種類            | 手術内容  |   | ア. 開頭術                      | イ. 穿頭術    |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   |  | 手術名を記入してください ※ドレナージ等の処置も記入してください                          |        |                                  |  |                 | <input type="checkbox"/> 右<br><input type="checkbox"/> 左<br><input type="checkbox"/> 両方 | ア～シから選択   | ①～⑩から選択                     | ウ. 開胸術    | エ. 胸腔鏡                | オ. 開腹術                   | カ. 腹腔鏡                            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | 第2回  | 手術日   | 年 月 日  |                                  | 手術部位   | 手術種類            | 手術内容  |   | キ. ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル | ク. 経皮的    | ケ. 経尿道的               | コ. 経體的                   | サ. レーザー                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   |  | 手術名を記入してください ※ドレナージ等の処置も記入してください                          |        |                                  |  |                 | <input type="checkbox"/> 右<br><input type="checkbox"/> 左<br><input type="checkbox"/> 両方 | ア～シから選択   | ①～⑩から選択                     | シ. その他( ) | 筋肉関係手術の場合<br>①親血 ②非親血 | 穿頭術の場合<br>③新たな穿頭 ④既存の穿頭孔 | 手指・足指の手術<br>MP関節を含めて中軸側に⑤及ぶ ⑥及ばない |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | 第3回以降  |   |        |                                  |  |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | 7.放射線・<br>温熱療法   | 放射線または温熱療法の名称を記入してください                                    |        |                                  |  | 部位を記入してください     |   |   |                             | 照射量       |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| M ( - )   |  |   |        |                                  |  |                 |   | Gy  |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 施行期間を記入してください   |  |   |        | 施行日・施行回数を記入してください                |  |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 8.先進医療  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 治療の種類   | 治療の実施日 |                                  | 年 月 日～年 月 日 (実施回数 回)   |                 | 特定承認医療機関<br>となった承認日   | 年 月 日   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   |  |   |        |                                  |  |                 | 受療者が支払った先進医療の「技術料」のみ記入して下さい   |   |                             | 円         |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 9.頸部症候群または腰痛の場合の他覚症状<br>(外傷についての画像所見による器質的損傷所見や<br>神経学的テスト、脳波・筋電図などの所見) | X線検査の<br>異常所見  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → |        | ありの場合詳細:                         |  |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | その他の<br>異常所見   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → |        | ありの場合詳細:                         |  |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 10.特定<br>損傷   | 該当する箇所に☑してください   |   |        | 損傷部位                             |  |                 | 以下に該当する場合は☑してください   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | <input type="checkbox"/> 骨折<br>*軟骨骨折は除く                    |   |        |                                  |  |                 |   | <input type="checkbox"/> 病的骨折<br>*骨折原因と考えられる傷病名: _____                                      |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
|   | <input type="checkbox"/> 関節脱臼<br>*半月板損傷・断裂は除く              |   |        |                                  |  |                 |   | <input type="checkbox"/> 先天性脱臼 <input type="checkbox"/> 病的脱臼 <input type="checkbox"/> 反復性脱臼 |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| <input type="checkbox"/> 腱の断裂<br>*靭帯の断裂・損傷は除く                           |  |   |        |                                  |  |                 | <input type="checkbox"/> 疾病を原因とするもの<br>*腱断裂原因と考えられる傷病名: _____                           |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 11.平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になかった日                                      |  |   |        |                                  |  |                 | 年 月 日   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 12.通院   | 通院年月   | 今回の治療にともなう通院日(往診日を含む)を○で囲んでください                           |        |                                  |  |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    | 合計日数 |    |    |      |
|   | 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 | 合計 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 | 合計 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 | 合計 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 | 合計 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 | 合計 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 | 合計 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 | 合計 日 |
|   |  |   |        |                                  |  |                 |   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | *合計通院日数を必ず記入してください⇒合計通院日数 |    | 日    |    |    |      |
| 上記のとおり証明(診断)します   |  |   |        |                                  |  |                 | (証明日) 年 月 日   |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |
| 所在地<br>病院または診療所の 診療科<br>電話番号  |  |   |        |                                  |  |                 | 医師氏名  |   |                             |           |                       |                          |                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                           |    |      |    |    |      |

【お願い】訂正の場合は必ず証明印による訂正印を押印してください。

