

通院証明書（疾病用）

本証明書では、通院・ガン通院給付金のみ、ご請求いただくことができます。（入院/手術給付金のご請求には使用できません）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|------------------|----------------------|---|-------------------------|---|-------|------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|
| 1.氏名 | | フリガナ | カルテ番号 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.傷病 | ア. 通院の原因となった傷病名 | 通院の原因となった傷病名を記入してください | | | | 傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ICD10コード | | | | 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 | | | | 傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ICD10コード | | | | 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、通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 | | | | 傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ICD10コード | | | | 医師推定 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | エ. アの初診日 | 年 月 日 | | | アの治療状況 | | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.前医・紹介医 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 傷病名 | 治療期間 | 年 月 日～年 月 日 | | 医療機関 医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.既往症・持病 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 傷病名 | 治療期間 | 年 月 日～年 月 日 | | 医療機関 医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.通院 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. 悪性新生物・上皮内新生物 | 病名告知 | 本人・家族に告知した日を記入してください | | 本人・家族に告げた病名を記入してください | | 種類 → | <input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 本人 年 月 日 | 本人() | 今回が初めて のガンですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → | いいえの場合 発生日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | 診断確定日を記入してください | | 該当する悪性新生物の種類があれば選択(○)してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> なし | | | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 上皮内癌・非浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性・その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記以外の検査 | <input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡的検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI | | 検査日を記入してください | | 検査結果を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【お願い】訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印してください。

上記の通り証明(診断)します (証明日) 年 月 日

病院、診療所
または施設の
所在地
名称
診療科
電話番号

医師氏名

