

1. 氏名		フリガナ カルテ番号()		性別	□男 □女	生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
2. 傷病	ア. 入院・手術等の原因(契機)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				
					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				
	ウ. ア、イ以外の傷病 ア、イ以外の、入院加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				
エ. アの初診日		年 月 日				アの治療は終わっていますか		□はい □いいえ	
3. 前医・紹介医	□あり □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	□あり □なし	傷病名		治療期間	年 月 日～年 月 日	医療機関 医師名			
5. 入院	入院期間	第1回	年 月 日～年 月 日 □退院 □入院中 □転院 □死亡退院						
		第2回	年 月 日～年 月 日 □退院 □入院中 □転院 □死亡退院						
		第3回以降							
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 ウ. 開胸術 オ. 開腹術 カ. 腹腔鏡 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. 経腫的 サ. 眼科レーザー シ. その他()		
		手術名を記入してください ※トレーナージ等の処置も記入してください	□右 □左 □両側	アシより選択 ①～⑥より選択	①～⑥より選択	アシより選択 ①～⑥より選択	アシより選択 ①～⑥より選択		
	第2回	手術日	年 月 日	手術部位	手術種類	手術内容	筋骨関係手術の場合 ①靱血 ②非靱血 ③及ぶ ④及ばない 手指・足指の手術 MP関節を含めて中枢側に ⑤及ぶ ⑥及ばない 植皮術または筋皮弁術の場合 ⑦25cm以上 ⑧25cm未満		
		手術名を記入してください ※トレーナージ等の処置も記入してください	□右 □左 □両側	アシより選択 ①～⑥より選択	アシより選択 ①～⑥より選択	アシより選択 ①～⑥より選択			
第3回以降									
7. 放射線・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	施行期間を記入してください		総線量			
	M(-)			年 月 日～年 月 日		□Gy □予定 □Bq □照射中			
8. 経過	発症(受傷)から初診までの経過(いつからどのような症状があったか)、初診時の主訴・所見および症状の経過(検査内容および検査結果・検査結果判明日・治療内容・経過等)								
9. 悪性新生物・上皮内新生物	病理組織学的検査	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				
		□あり □なし	年 月 日		皮膚癌 上皮内癌または非浸潤癌				
		→	(p)TNM分類を記入してください		大腸癌の深さ度を選択(○)してください				
	上記以外の検査	□細胞学的検査 □内視鏡検査 □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				
	□その他()	→	年 月 日						
種類	□原発 □再発 □転移 □その他()	病名告知	本人に告知した日を記入してください	本人に告げた病名を記入してください					
既往の有無	□あり □なし 既往の発生年月日	年 月 日							
10. 急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、軽労働・座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要としていましたか				□はい □いいえ	具体的な後遺症の症状を記入してください			
11. 脳卒中	脳卒中の初診日からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか		□はい □いいえ						
12. 通院	通院年月	合計日数	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						
	年 月	合計 日	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	合計 日	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	合計 日	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	合計 日	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	合計 日	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						
13. 先進医療	治療の種類	※貴院にて評価療養としての施行が認められている先進医療		治療の実施日	年 月 日～年 月 日 (実施回数 回)			技術料	患者が受領した先進医療の技術料のみご記入ください 円
貴院における上記先進医療の承認年月日				年 月 日		技術料			

14. 呼吸器の機能障害	①酸素療法の実施期間	年 月 日～年 月 日				□継続中 □終了
	②換気機能の検査年月日(酵素療法実施前)	年 月 日				
	a.予測肺活量:() ml	b.1秒量:() ml	c.予測肺活量1秒率:() % (=b/a × 100)	年 月 日		動脈圧酸素分圧 Torr
●心臓ペースメーカーを埋め込んだ場合、下記の①～③についてご記入ください					●人工弁を置換した場合、下記の④～⑥についてご記入ください	
①ペースメーカー埋込術実施日	年 月 日	④人工弁置換術実施日	年 月 日			
②今回のペースメーカーの埋込は、次のいずれに該当しますか	初回埋込 付属品交換	再埋込	⑤人工弁の置換(生体弁の移植を含む)は、次のいずれに該当しますか	初回置換 再置換		
③今回のペースメーカーは恒久的なものですか	恒久的 ・ 一時的	⑥過去に他の弁を人工弁に置換していますか	はい ・ いいえ			
①人工透析療法をいつから受けていますか					年 月 日から	
②人工透析療法は恒久的なものですか					恒久的 ・ 一時的	
16. 腎臓の障害	③腎移植を実施しましたか	「はい」 の場合	a.実施日	年 月 日		
	はい ・ いいえ		b.今回の移植は「自家腎移植」または「再移植」ですか	はい(自家腎移植) 再移植 ・ いいえ		
④人工透析療法実施前または腎臓移植直前の検査数値および検査日を記入してください						
a.内因性クレアチニクリアランス値 () ml/min	検査日: 年 月 日					
b.血清クレアチニン濃度 () mg/dl	検査日: 年 月 日					
17. 人工膀胱の造設	①膀胱全摘出術実施日(他院・他科の場合も含みます)	年 月 日				
	②人工膀胱造設日	年 月 日				
	③尿路変更術実施日	年 月 日				
18. 人工肛門の造設および直腸切開	①直腸切開術実施日(他院・他科の場合も含みます)	年 月 日				
	②直腸および肛門を一塊として摘出していますか	はい ・ いいえ	年 月 日			
	③人工肛門造設日	年 月 日				
19. 肝臓の機能障害	①臨床所見は次のいずれかに該当しますか	肝水貯留(腹水) 腸道静脈瘤(浮腫) 該当しない				
	②検査数値・検査日をご記入ください	血清アルブミン () g/dl	検査日: 年 月 日			
	血小板 () 万 / μl	検査日: 年 月 日				
ICG試験15分血中停滞率 () %	検査日: 年 月 日					
③肝臓移植を実施しましたか	はい ・ いいえ	「はい」の場合、実施日	年 月 日			
①日常生活の介護の要否(下記項目(a～e)については該当するものに○印をし、その診断日を記入してください)						
a.ベッド周辺の歩行が自分でできない	はい ・ いいえ	診断日 年 月 日				
b.衣服の着脱が自分でできない	はい ・ いいえ					
c.入浴が自分でできない	はい ・ いいえ					
d.食物の摂取が自分でできない	はい ・ いいえ					
e.大小便の排泄後の拭き取り始末が自分でできない	はい ・ いいえ					
②器質性痴呆診断の有無 有: □ 無: □ → 有: □ の場合、以下の項にも記入してください						
a.診断日	年 月 日					
b.器質性痴呆の種類	血管性 ・ アルツハイマー型 ・ 混合型 ・ その他()					
c.意識障害がない状態においての見当識障害の有無	有 ・ 無					
d.見当識障害の種類	ア時間の見当識障害 イ場所の見当識障害 ウ人物の見当識障害					
21. その他の障害状態	有 ・ 無 → 有: □ 無: □	の場合、その内容を記入してください				
22. 請求意思能力	□理解できる	請求意志能力について詳細に記入してください				
	□理解できない					
	□その他					
23. 回復可能性	回復の可能性と症状固定についての意見を記入してください			症状固定時期(回復の見込みがなくなった時期)を記入してください		
				年 月 日頃	□時期不詳 □未固定	
上記のとおり証明(診断)します 病院 または 診療所 名称 電話番号					年 月 日	
					印	