

SOMPOひまわり生命

入院・手術・通院等証明書(診断書)

ご記入いただくにあたってのお願い①

ご担当の先生へ:以下の記入上の留意点をご確認いただき、記入をお願いいたします。

項目		記入上の留意点																							
2	ア. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病	<ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●「悪性新生物・上皮内新生物」、「急性心筋梗塞」、「脳卒中」の場合はそれぞれ9~11項にも記入してください。 ●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)と傷病の発生日月日をご記入いただく項目です。 																							
	イ. アの原因	<ul style="list-style-type: none"> ●アの原因となった傷病や事故(交通事故・転落等)があれば記入してください。 ●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。 																							
	ウ. 合併症	<ul style="list-style-type: none"> ●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。 																							
	エ. アの初診日	<ul style="list-style-type: none"> ●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ください。 ●貴院他科での診察を含めて記入してください。 																							
	オ. 骨折治療の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●アで骨折の治療をした場合、治療期間を記入してください。 ●骨折の治療部位を記入してください。 																							
3	前医・紹介医	<ul style="list-style-type: none"> ●アの前医または紹介医があれば、記入してください。ない場合は「無」に○を記入してください。 																							
4	入院期間	<ul style="list-style-type: none"> ●「医療保険届出病床」とは、医療法の規定に基づき許可を受けた病床の登録があることを指します。 ●「入院期間(1)~(3)」および「4回目以降」は、入院料を算定した期間を記入してください。 ●入院が1日の場合は、入院日と退院日に同日を記入してください。 ●「退院」「現在入院中」のいずれかに☑を記入してください。 ●公的医療保険が適用されない入院がある場合は、「自費(妊娠・分娩含む)・労災・自賠責・介護保険・その他」のいずれかに☑を記入してください。「その他」の場合は、具体的な理由を記入してください。 																							
5	手術名・手術日	<ul style="list-style-type: none"> ●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。「内視鏡的止血術」、「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。(ただし、診断・検査のみを目的とする手術は除きます。) ●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。 <p>例) 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破碎術 など</p> <ul style="list-style-type: none"> ●コードの記入方法は、以下の例を参考にしてください。 <p>例) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">K</td> <td style="padding: 0 5px;">718</td> <td style="padding: 0 5px;">-</td> <td style="padding: 0 5px;">00</td> <td style="padding: 0 5px;">(2)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">J</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table></p>	K	718	-	00	(2)	J																	
	K	718	-	00	(2)																				
	J																								
診療報酬点数区分	<ul style="list-style-type: none"> ●「K」か「J」のいずれかに○を記入してください。 																								
手術・処置 手術種類、手術の内容	<ul style="list-style-type: none"> ●「手術種類」には、以下別表より該当する手術の術式の番号を記入してください。 ●「手術の内容」には、以下別表よりa~fの項目のうち該当する項目に番号を記入してください。 <p>【別表】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●手術種類 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>①開頭術</td> <td>②穿頭術(新たな穿頭による)</td> <td>③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)</td> <td>④開胸術</td> <td>⑤胸腔鏡</td> <td>⑥開腹術</td> </tr> <tr> <td>⑦腹腔鏡</td> <td>⑧経皮的(穿刺処置除く)</td> <td>⑨経尿道的</td> <td>⑩経腔的</td> <td>⑪眼科レーザー</td> <td>⑫カテーテルによる手術</td> </tr> <tr> <td>⑬膀胱鏡</td> <td>⑭子宮鏡</td> <td>⑮喉頭直達鏡</td> <td>⑯その他の内視鏡</td> <td>⑰その他</td> <td></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ●手術の内容 <table border="1" style="width: 100%; text-align: left;"> <tr> <td style="width: 50%;"> a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血 </td> <td style="width: 50%;"> b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢 </td> </tr> <tr> <td> c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない </td> <td> d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕、大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側) </td> </tr> <tr> <td> e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm²以上 ②25cm²未満 </td> <td> f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP </td> </tr> </table>	①開頭術	②穿頭術(新たな穿頭による)	③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)	④開胸術	⑤胸腔鏡	⑥開腹術	⑦腹腔鏡	⑧経皮的(穿刺処置除く)	⑨経尿道的	⑩経腔的	⑪眼科レーザー	⑫カテーテルによる手術	⑬膀胱鏡	⑭子宮鏡	⑮喉頭直達鏡	⑯その他の内視鏡	⑰その他		a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢	c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕、大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)	e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm ² 以上 ②25cm ² 未満	f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP
①開頭術	②穿頭術(新たな穿頭による)	③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)	④開胸術	⑤胸腔鏡	⑥開腹術																				
⑦腹腔鏡	⑧経皮的(穿刺処置除く)	⑨経尿道的	⑩経腔的	⑪眼科レーザー	⑫カテーテルによる手術																				
⑬膀胱鏡	⑭子宮鏡	⑮喉頭直達鏡	⑯その他の内視鏡	⑰その他																					
a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢																								
c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕、大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)																								
e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm ² 以上 ②25cm ² 未満	f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP																								

ご記入いただくにあたってのお願い②

ご担当の先生へ:以下の記入上の留意点をご確認いただき、記入をお願いいたします。

項目		記入上の留意点	
6	放射線・温熱療法	<ul style="list-style-type: none"> ●照射中の場合は、療法名、期間、部位、総線量などを照射済みの範囲で記入してください。 ●「グレイ」、「Bq」、「mci」のいずれかに○を記入してください。 	
7	先進医療	<ul style="list-style-type: none"> ●公的医療保険制度に基づく評価療養のうち、厚生労働大臣が定める先進医療(先進医療ごとに厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所において行われるものに限る)のことをいいます。 ●実施回数が複数回の場合は、技術料を分けて記入してください。 ●療養を受けた日現在に、公的医療保険制度に定められる「療養の給付」に関する規定において給付対象となっている療養は除きます。 	
8	病理組織学的検査	<ul style="list-style-type: none"> ●病理組織学的検査の実施有無を記入してください。検査有の場合、病理組織診断名、診断確定日を記入してください。 	
9	悪性新生物または上皮内新生物の場合	医師による悪性診断確定日	<ul style="list-style-type: none"> ●病理組織学的所見(剖検、生検)、細胞学的所見、理学的所見(X線、内視鏡等)、臨床学的所見および手術所見より悪性新生物または上皮内新生物と診断確定した日付を記入してください。
		左記診断に係る検査	<ul style="list-style-type: none"> ●悪性診断確定にあたり実施した検査に☑を記入してください。 ●「その他」の場合は、具体的な検査内容を記入してください。
		悪性新生物の性状	<ul style="list-style-type: none"> ●該当する項目に☑を記入してください。
		子宮頸部異形成の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●該当するCIN分類に○を記入してください。
		悪性新生物の区分	<ul style="list-style-type: none"> ●該当する項目に☑を記入してください。 ●手術をされている場合は、病理組織診断判明後のTNM分類を記入してください。
		病名告知	<ul style="list-style-type: none"> ●患者ご本人への病名告知がある場合は、告知日と告知した病名を記入してください。 ●悪性新生物または上皮内新生物の場合は必ずご記入ください。
9	悪性新生物または上皮内新生物の場合	抗がん剤治療 ホルモン療法	<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤治療、ホルモン療法の実施日(服薬の場合は投薬(処方)期間、注射・点滴等の場合は投与日)を記入してください。なお、同月に複数回の投与がある場合は、その月の最初の投与日を記入してください。 <p><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤とは、抗がん剤治療を受けた時点において、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうち、L01(抗悪性腫瘍薬)、L02(内分泌療法)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される薬剤をいいます。 ・患者申出療養とは、厚生労働大臣が定める患者申出療養(厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所であって、当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められたものにおいて行われるものに限ります。)をいいます。ただし、抗がん剤治療を受けた日現在で公的医療保険制度の給付対象となっている抗がん剤治療は除きます。 ・がんを適応症として厚生労働大臣により承認されている抗がん剤とは、厚生労働大臣による製造販売の承認時に、被保険者が診断確定されたがんの治療に対する効能または効果が認められたものに限り、かつ、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうちL01(抗悪性腫瘍薬)、L02(内分泌療法)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される薬剤をいいます。
		診断書記入日 時点の現状	<ul style="list-style-type: none"> ●本診断書記入時点での悪性新生物に対する治療の現状について、①～③の中から該当するものに○を記入してください。 <p><参考></p> <p>「手術療法」……器具を用い、生体に切断、摘除などの操作を加えることにより、がんの全部または一部を消滅させることを目的とした治療(温熱療法を含みます。)をいいます。</p> <p>「放射線療法」……がんを放射線を照射することにより、がんを破壊またはがんの発育・増殖を抑制することを目的とした治療法をいいます。</p> <p>「化学療法」……がんを適応症として定めている薬剤を投与することにより、がんを破壊またはがんの発育・増殖を抑制することを目的とした治療法(細胞免疫療法、ワクチン療法を含みます。)をいいます。</p> <p>「疼痛緩和療法」…薬剤の投与または処置により、がん性疼痛を緩和することを目的とした治療法をいいます。</p>
10	急性心筋梗塞の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●急性心筋梗塞で初診日から60日経過している場合は「はい」、「いいえ」のいずれかに必ず○を記入してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●証明日時点で60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。
11	脳卒中の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●脳卒中で初診日から60日経過している場合は「はい」、「いいえ」のいずれかに必ず○を記入してください。 	
12	通院	<ul style="list-style-type: none"> ●今回の治療にともなう貴院の通院日(往診日を含む)にもれなく○を記入してください。 ●治療をともなわない薬剤の購入、受取のみの通院や通院予定日は含みません。 	

医師・医療機関記入用

入院・手術・通院等証明書(診断書)

1. 氏名	カルテ番号()		男	女	生年月日	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	傷病発生年月日			受診契機			第1回目の入院を指示した日																								
	イ. アの原因	年	月	日	(医師推定)	(患者申告)	(自覚症状)	(その他)	年 月 日																							
	ウ. 合併症	年	月	日	(医師推定)	(患者申告)	健診日:	年 月 日																								
	エ. アの初診日	年	月	日	転帰	<input type="checkbox"/> 最終(治療・寛解) <input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 転院(入院) <input type="checkbox"/> 転院(通院) <input type="checkbox"/> 手術予定 <input type="checkbox"/> 放射線照射予定 <input type="checkbox"/> 中止																										
オ. 骨折治療の場合	治療期間	年	月	日	～	年	月	日	骨折の部位																							
3. 前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名:	治療期間:	年	月	日	～	年	月	日	医療機関名:																					
4. 入院期間	医療保険届出病床での入院	(1)	年	月	日	～	年	月	日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中	(2)	年	月	日	～	年	月	日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中													
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(3)	年	月	日	～	年	月	日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中	(4回目以降)																					
※いずれかにチェックをしてください。		上記のうち、公的医療保険制度が適用されない入院期間と理由		年	月	日	～	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自費(妊娠・分娩含む) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他 ()																					
5. 手術・処置 ※診断・検査のみを目的とする手術は除きます。 ※手術種類、手術内容は別表から選択し、ご記入ください。	手術種類	手術名 ※持続ドレーナージ等の処置もご記入ください。	診療報酬点数区分	手術部位	手術日	手術の内容																										
	(1)		()	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年	月	日	a.骨・関節	b.MP	c.筋腱	d.血管	e.植皮	f.水頭症																			
	(2)		()	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年	月	日																									
	(3回目以降)	手術種類⑩、⑪の場合、具体的な術式をご記入ください。																														
6. 放射線・温熱療法 ※内照射も含まれます。	療法名	<input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 密封小線源	期間	年	月	日	～	年	月	日	総線量	グレイ Bq mCi																				
	<input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	区分	M	-	()	部位																										
7. 先進医療	種類:	期間:	年	月	日	～	年	月	日	(回)	技術料:	円	患者が受療した先進医療の技術料のみご記入ください。																			
8. 病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病理組織診断名									診断 確定日	年	月	日																		
9. 悪性新生物 または 上皮内新生物 ※「医師による悪性診断確定日」は、病理の有無に関わらず悪性と診断確定した日をご記入ください。 ※「投薬(処方)期間」には服薬期間を、「月最初の投与日」には注射・点滴等による投与日をご記入ください。	医師による悪性診断確定日	年	月	日	左記診断に係る検査	<input type="checkbox"/> 病理組織学的検査 <input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査	検査結果																									
	悪性新生物の性状	<input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 上皮内癌(非浸潤癌) <input type="checkbox"/> 浸潤癌 <input type="checkbox"/> その他		子宮頸部異形成の場合		CIN (1) (2) (3)																										
	悪性新生物の区分	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移	pTNM分類 T()N()M()	病名告知	本人: 年 月 日頃に病名()と告げた																											
	抗がん剤治療 ホルモン療法 (健康保険適用)	投薬(処方)期間	年	月	日	～	年	月	日	～	年	月	日	～	年	月	日															
抗がん剤治療 ホルモン療法 (上記以外)	投薬(処方)期間	年	月	日	～	年	月	日	～	年	月	日	～	年	月	日																
該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> がんを適応症として厚生労働大臣により承認されている抗がん剤を用いた治療 <input type="checkbox"/> 欧米で承認された抗がん剤を用いた治療																																
診断書記入日		①治療中(手術療法、放射線療法、化学療法※、疼痛緩和療法) ※化学療法に免疫療法・ホルモン療法を含む																														
時点の現状		②上記①の治療終了(治療終了後の経過観察を含む)(最終治療日: 年 月 日)																														
※該当するものに○を記入してください。		③上記①のいずれもなし(経過観察を含む)																														
10. 急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態が継続しましたか？ (ここでいう労働制限とは、軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする場合をいいます。)										はい		いいえ																			
11. 脳卒中の場合	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ましたか？										はい		いいえ		「はい」の場合、具体的な後遺症の症状をご記入ください。																	
12. 通院 カレンダーに当該年月を記入し、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。 (入院日の記入は不要)	診療年月	通院治療日(往診含む)																														
	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
上記以降の通院年月日																																
病院(診療所)名・診療科	以上のとおり証明(診断)します。										年	月	日	当診断書料金																		
所在地	医師名										印		金	円																		
電話番号													※税込																			