

診 断 書

全日本火災共済協同組合連合会 御中

1. 氏名	カルテ番号()		性別	生年月日		
			男・女	昭和・平成	年	月
2. 傷病名			傷病発生年月日			
入院(手術)の ア. 原因となった 傷病名			年	月	日	いずれかに○をしてください 医師推定・患者申告
イ. アの原因			年	月	日	医師推定・患者申告
ウ. 合併症			年	月	日	医師推定・患者申告
3. 治療期間			初診 年 月 日 ~ 年 月 日 (治癒・寛解状態・経過観察中・治療中・転院・中止)			
4. 入院期間 <small>※4回以上の入院がある場合は「7」の経過欄や備考欄への記入または別紙添付してください</small>	第1回目	年 月 日 ~ 年 月 日(内外泊日数 日)		(退院・現在入院中)		
	第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日(内外泊日数 日)		(退院・現在入院中)		
	第3回目	年 月 日 ~ 年 月 日(内外泊日数 日)		(退院・現在入院中)		
5. 前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療期間		医療機関	
	前医での入院・手術の有無 →		有 ・ 無			
6. 既往症・持病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	治療期間		医療機関	
			年 月 頃 ~ 年 月 頃			
7. 発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったか) 初診時の所見および経過(検査内容および検査結果、治療内容・経過等)						
8. 今回の傷病に関して実施した手術 <small>※3回以上の手術がある場合は「7」の経過欄や備考欄への記入または別紙添付してください</small>	手術名		手術日		⑦~⑩	(1)~(7)
	診療報酬点数区分(K・J -)		年 月 日		手術種類	手術内容
	手術名		手術日			
	診療報酬点数区分(K・J -)		年 月 日			
手術種類: ⑦ 開頭術 ⑧ 穿頭術 ⑨ 開胸術 ⑩ 開腹術 ⑪ ファイバースコープまたはカテーテル ⑫ その他()						
※【悪性新生物に対する手術の場合は右記のいずれかを必ずご記入ください】⇒ ⑬ 根治術 ⑭ 姑息的手術】						
手術内容: ・筋骨関係の場合 : ① 観血 ② 非観血 ・植皮術の場合 : ③ 25cm ² 以上 ④ 25cm ² 未満 ・手指・足指の場合 : MP関節より ⑤ 末梢 ⑥ 関節上 ⑦ 中枢						

9. 先進医療 <small>※技術名の異なる先進医療がある場合は「7」の経過欄や備考欄への記入または別紙添付してください</small>	技術名			治療実施日	年 月 日 ~ 年 月 日													
	先進医療に係る届出受理日	年 月 日		技術料	患者さまが療養を受けた先進医療の技術料のみご記入ください 円													
10. 放射線照射	期間	開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日																
	療法名または照射部位				総線量	グレイ												
11. 検査内容	検査項目	検査結果判明日		検査結果の概要														
	病理組織学的検査	年 月 日																
	細胞学的検査	年 月 日																
	内視鏡検査	年 月 日																
	放射線学的検査	年 月 日																
	その他の検査	年 月 日																
12. 悪性新生物	病理組織診断名																	
	区分	原発・転移・再発		診断確定日	年 月 日													
	TNM分類または進行度分類																	
13. 病名告知	本人には(年 月 日)に病名を()と告げた																	
	家族には(年 月 日)に病名を()と告げた 【 夫・妻・子・親・その他() 】																	
14. 現在の状況	治癒 ・ 寛解状態 ・ 経過観察中 ・ 治療中																	
15. 通院日数 * 初診日以降、悪性新生物の治療のために通院(または往診)された日に○印をつけてください																		
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
備考欄																		
以上のとおり証明いたします。 医療機関名称 平成 年 月 日																		
医療機関所在地				診療科目														
電話番号				医師氏名		印												

注1) 訂正・追記の場合、必ず証明印による訂正印を押印してください。 「医療総合保障共済」共通 (2017.2改定)
注2) 原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印してください。