（提出先）第一ネオ生命

入院・手術等証明書（診断書）［D］

★「薬剤治療」とは公的医療保険制度における医科診療報酬点数表により薬剤料または処方せん料が算定される薬剤の投与や処方をいいます。

◆「教育入院」とは、生活習慣の改善に関する知識や自己管理法の習得などを目的とする入院をいいます。なお、その入院中にその他の治療を受けた場合でも、その他の治療単独では入院の必要性が認められないものは、教育入院に該当します。

◇抗がん剤とは、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）に該当するものを指します。

お願い 追記・訂正の場合、必ず追記・訂正箇所に証明印による訂正印を捺印願います。

1. 氏名	カルテ番号（　　）	性別	□男 □女	生年月日	年　月　日

2. 傷病名

		医師推定　傷病発生（受傷）年月日
ア. 入院・手術等の原因（契機）となった傷病	診断確定された場合は診断確定後の傷病名を記入してください	年　月　日
イ. アの原因となった傷病名や事故	（例：アが「網膜症・腎不全」の場合→糖尿病、アが「食道静脈瘤」の場合→肝硬変　など）	年　月　日
ウ. ア、イ以外の入院加療の必要があった傷病（合併症を含む）	入院加療の必要があった期間（　年　月　日～　年　月　日）	
エ. アの初診日	年　月　日	
オ. 右記疾患の薬剤治療（左側★参照）がある場合（外来のみの場合も含む）	□高血圧性疾患 □脂質異常症 □糖尿病 □高尿酸血症 → 薬剤治療を開始した日	年　月　日
カ. 発病（受傷）から初診までの経緯	主訴、検査異常指摘、他院からの紹介等を記入してください	

3. 前医・紹介医	□あり □なし	傷病名	治療時期 年　月頃	医療機関名	4. 既往症・持病	□あり □なし	傷病名	治療時期 年　月頃	医療機関名

5. 入院

入院がない場合も含め、必ずチェックしてください

入院基本料の算定（DPC等含む）　□あり　□なし

入院をすすめた日	年　月　日	入院を予約した日	年　月　日
第1回	年　月　日～　年　月　日	□日帰り □退院 □入院中 □転院 □転科 □死亡退院	
第2回	年　月　日～　年　月　日	□日帰り □退院 □入院中 □転院 □転科 □死亡退院	
第3回	年　月　日～　年　月　日	□日帰り □退院 □入院中 □転院 □転科 □死亡退院	

「教育入院（左側◆参照）」、「公的医療保険適用外の入院（正常分娩や人間ドックを含む）」が含まれる期間 ※上記の入院の中で、「治療を目的とする入院」と重複する期間は記載不要	□教育入院 □公的医療保険適用外の入院（正常分娩や人間ドックを含む） 年　月　日～　年　月　日
がん性疼痛等の症状緩和を目的とした入院の期間（緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算、有床診療所緩和ケア診療加算が算定される期間）	年　月　日～　年　月　日

6. 手術

（先進医療・患者申出療養を除く）

手術をすすめた日	年　月　日	手術を予約した日	年　月　日

第1回	手術日	年　月　日
	手術名	□右 □左 □両側
	区分	K・J・D・G（　―　） □医科 □歯科 □公的医療保険適用対象外
	備考	□子宮全摘 □子宮体部摘出 □右卵巣全摘 □左卵巣全摘 □乳がんに対する予防的かつ乳腺全体の摘出術
第2回	手術日	年　月　日
	手術名	□右 □左 □両側
	区分	K・J・D・G（　―　） □医科 □歯科 □公的医療保険適用対象外
	備考	□子宮全摘 □子宮体部摘出 □右卵巣全摘 □左卵巣全摘 □乳がんに対する予防的かつ乳腺全体の摘出術

①手術料が1日につき算定される診療行為の初日　②（輸血料の場合）自家移植をおこなったもの
③（創傷処理の場合）腱縫合をおこなったもの　④（創傷処理の場合）骨内異物除去をおこなったもの

左記①～④で該当するものがあればこちらに番号を記入ください

3回目以降の手術

7. 先進医療・患者申出療養

	先進医療をすすめた日または　患者申出療養承認日	厚生労働大臣が定める先進医療技術名・患者申出療養技術名	実施期間（療養を受けた期間）	受療者が支払った先進医療技術料・患者申出療養技術料
先進医療 / 患者申出療養	年　月　日		年　月　日～　年　月　日	,　,　円

上記実施期間に先進医療または患者申出療養を複数月に亘って受けている場合は、療養を受けたそれぞれの年月をご記入ください → 年　月 ／ 年　月 ／ 年　月

8. 放射線・温熱療法

（先進医療・患者申出療養を除く）

	放射線・温熱療法をすすめた日	放射線または温熱療法の名称	□医科 □公的医療保険適用対象外	実施期間（照射期間）
放射線 / 温熱療法	年　月　日		M（　―　）	年　月　日～　年　月　日

上記実施期間に放射線・温熱療法を複数月に亘って受けている場合は、照射を受けたそれぞれの年月をご記入ください → 年　月 ／ 年　月 ／ 年　月

9. 悪性新生物・上皮内新生物・子宮頚部等の異形成

診断確定日	がんの種類	皮膚がんの場合　身体の部位（局在）	CIN（VAIN・VIN・AIN）分類
年　月　日	□浸潤がん・肉腫・血液がん □上皮内がん・非浸潤がん □境界悪性		Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

病理組織学的検査		(p)TNM 分類	大腸がんの壁深達度
□あり →	病理組織診断名：	T（　）N（　）M（　）	□M □SM 以深
□なし →	診断確定に至った検査：□細胞診 □MRI・CT □その他（　）	(c)TNM 分類：T（　）N（　）M（　）	手術適応有無：□あり □なし

悪性病名告知	悪性新生物の既往（発生年月）
本人に □告げていない □告げた → 告知時期　年　月　日	□なし □あり →　年　月頃　病名（　）

10. 抗がん剤・緩和ケア

（先進医療・患者申出療養を除く）

疼痛治療、在宅医療は、がん性疼痛等の症状緩和を目的としたもの

抗がん剤（左側◇参照）	薬剤名	□保険適用 □保険適用外	疼痛緩和薬 ↓該当箇所にレ点	薬剤名	□保険適用 □保険適用外
	投薬処方年月日	年　月　日 ／ 年　月　日 年　月　日 ／ 年　月　日	□オピオイド鎮痛薬 □神経ブロック	投薬処方年月日	年　月　日 ／ 年　月　日 年　月　日 ／ 年　月　日
その他	薬剤名（　） 投薬処方年月日（　年　月　日・　年　月　日）				
治療終了予定	年　月ごろ　・　未定		薬剤料が算定されず、かつ処方せん料が算定される通院のみの月がありますか	はい ／ いいえ	
在宅医療	がん性疼痛等の症状緩和を目的とする在宅医療を行った月（在宅患者診療・指導料（往診料は除く）の算定対象となる月）		年　月　日 ／ 年　月　日 ／ 年　月　日		

11. 急性心筋梗塞・脳卒中

急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて30日以上、軽労働・座業はできるが、それ以上の労働制限を必要としていましたか　はい ／ いいえ

脳卒中の初診日からその日を含めて30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. 通院治療

上記2の傷病名にかかわる通院治療日を初診日からご記入ください（往診日含む）

年　月	,　,　,　,　,　,　,	年　月	,　,　,　,　,　,　,	年　月	,　,　,　,　,　,　,
年　月	,　,　,　,　,　,　,	年　月	,　,　,　,　,　,　,	年　月	,　,　,　,　,　,　,

上記のとおり証明（診断）します　　年　月　日

病院または診療所　所在地　名称・診療科　電話番号

医師氏名　　印

ご担当される先生へ

～入院・手術等証明書（診断書）をご記入いただくにあたってのお願い～

以下の内容をご一読のうえ、ご記入ください。

※訂正・追記の場合は、必ず証明印による訂正印・追記印を押印ください（訂正日・追記日も記入ください）。
※ボールペン等（鉛筆は不可）で記入ください。
※記入しきれない場合は別紙に記入いただいても結構です。その際は別紙にも署名・押印ください。

<table>
<tr><th colspan="3">主な項目</th><th>ご記入にあたってご留意いただきたい点</th><th>備考</th></tr>
<tr><td rowspan="5">2項（傷病名）</td><td colspan="2">ア．入院・手術等の原因（契機）となった傷病</td><td>●原因（契機）となった傷病が複数ある場合、全て記入ください（入院・手術による治療の必要がなかった傷病の記入は不要です）。
●傷病発生年月日はお分かりになる範囲で記入ください（イも同様です）。</td><td>・今回治療された傷病名（診断確定された場合は診断確定後の傷病名）と傷病の発生年月日をご記入いただく項目です。</td></tr>
<tr><td colspan="2">イ．アの原因となった傷病名や事故</td><td>●原因となった傷病が複数ある場合は、全て記入ください。
●アの原因となった傷病（糖尿病・高血圧）や事故（交通事故・転倒・転落等）があれば記入ください。</td><td>・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ありますので、ある場合は必ず記入ください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">ウ．ア、イ以外の入院加療の必要があった傷病（合併症を含む）</td><td>●該当する傷病が複数ある場合は、全て記入ください。今回の入院加療の必要があった合併症についても漏れなく記入ください。
●入院加療の必要があった期間を記入ください。</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">エ．アの初診日</td><td>●貴院におけるアの傷病に関する最初の診察日を記入ください。</td><td>・貴院他科での診察を含みます。</td></tr>
<tr><td colspan="2">オ．右記疾患の薬剤治療がある場合（外来のみの場合も含む）</td><td>●高血圧性疾患、脂質異常症、糖尿病または高尿酸血症のいずれかの治療を目的とした薬剤料または処方せん料が算定される薬剤治療を行った場合は、該当する疾病をチェックのうえ、実施した年月日を記入ください。</td><td>・複数疾患該当する場合は最も早い日付を記入ください。</td></tr>
<tr><td>3項</td><td colspan="2">前医・紹介医</td><td>●「2項．傷病名」欄アの前医または紹介医があれば、記入ください。</td><td rowspan="2">・貴院他科での診察を含みます。</td></tr>
<tr><td>4項</td><td colspan="2">既往症・持病</td><td>●「2項．傷病名」欄に関係しないものを含め、お分かりになる範囲で記入ください。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">5項</td><td colspan="2" rowspan="3">入院</td><td>●入院がない場合は入院基本料算定「なし」にレ点をつけてください。
●入院基本料または特定入院料が算定された日帰り入院（同一の日に入院と退院）は、「日帰り」にレ点をつけてください。ただし、回復室で休養した場合のように、入院基本料または特定入院料が算定されていない場合は、「なし」にレ点をつけてください。
●入院が4回以上あり、記入しきれない場合は別紙に記入いただいても結構です。その際は別紙にも署名・押印ください。</td><td>・正常分娩や人間ドックなどの公的医療保険が適用されない入院期間がある場合はその期間を記入ください。
・教育入院等の期間がある場合はその期間を記入ください。
・がん性疼痛等の症状緩和を目的とした入院期間がある場合はその期間を記入ください。
※「教育入院」とは、生活習慣の改善に関する知識や自己管理法の習得などを目的とする入院をいいます。なお、生活習慣の改善に関する知識や自己管理法の習得などを目的として入院し、その入院中にその他の治療を受けた場合でも、その他の治療単独では入院の必要性が認められないものは、教育入院に該当します。</td></tr>
<tr><td colspan="2">例1）入院の全期間が教育入院に該当する場合
<table><tr><td>入院期間</td><td>2026/4/1～2026/4/10</td></tr><tr><td>教育入院</td><td>2026/4/1～2026/4/10</td></tr></table><table><tr><td rowspan="4">5. 入院
入院がない場合も含め、必ずチェックしてください</td><td>入院基本料の算定（DPC等含む）</td><td>入院をすすめた日</td><td>年　月　日</td><td>入院を予約した日</td><td>年　月　日</td></tr><tr><td rowspan="3">☑あり
☐なし</td><td>第1回</td><td colspan="3">2026年　4月　1日～　2026年　4月　10日　☐日帰り　☑退院　☐入院中　☐転院　☐転科　☐死亡退院</td></tr><tr><td>第2回</td><td colspan="3">年　月　日～　年　月　日　☐日帰り　☐退院　☐入院中　☐転院　☐転科　☐死亡退院</td></tr><tr><td>第3回</td><td colspan="3">年　月　日～　年　月　日　☐日帰り　☐退院　☐入院中　☐転院　☐転科　☐死亡退院</td></tr><tr><td colspan="3">「教育入院（左側◆参照）」、「公的医療保険適用外の入院（正常分娩や人間ドックを含む）」が含まれる期間
※上記の入院の中で、「治療を目的とする入院」と重複する期間は記載不要</td><td colspan="3">☑教育入院　☐公的医療保険適用外の入院（正常分娩や人間ドックを含む）
2026年　4月　1日～2026年　4月　10日</td></tr><tr><td colspan="3">がん性疼痛等の症状緩和を目的とした入院の期間（緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算、有床診療所緩和ケア診療加算が算定される期間）</td><td colspan="3">年　月　日～　年　月　日</td></tr></table></td></tr>
<tr><td colspan="2">例2）治療を目的とする入院と教育入院が重複する期間がある場合
<table><tr><td>入院期間</td><td>2026/4/1～2026/4/10</td></tr><tr><td>入院を必要とする治療</td><td>2026/4/1～2026/4/5</td></tr><tr><td>教育入院</td><td>2026/4/6～2026/4/10</td></tr></table><table><tr><td rowspan="4">5. 入院
入院がない場合も含め、必ずチェックしてください</td><td>入院基本料の算定（DPC等含む）</td><td>入院をすすめた日</td><td>年　月　日</td><td>入院を予約した日</td><td>年　月　日</td></tr><tr><td rowspan="3">☑あり
☐なし</td><td>第1回</td><td colspan="3">2026年　4月　1日～　2026年　4月　10日　☐日帰り　☑退院　☐入院中　☐転院　☐転科　☐死亡退院</td></tr><tr><td>第2回</td><td colspan="3">年　月　日～　年　月　日　☐日帰り　☐退院　☐入院中　☐転院　☐転科　☐死亡退院</td></tr><tr><td>第3回</td><td colspan="3">年　月　日～　年　月　日　☐日帰り　☐退院　☐入院中　☐転院　☐転科　☐死亡退院</td></tr><tr><td colspan="3">「教育入院（左側◆参照）」、「公的医療保険適用外の入院（正常分娩や人間ドックを含む）」が含まれる期間
※上記の入院の中で、「治療を目的とする入院」と重複する期間は記載不要</td><td colspan="3">☑教育入院　☐公的医療保険適用外の入院（正常分娩や人間ドックを含む）
2026年　4月　6日～2026年　4月　10日</td></tr><tr><td colspan="3">がん性疼痛等の症状緩和を目的とした入院の期間（緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算、有床診療所緩和ケア診療加算が算定される期間）</td><td colspan="3">年　月　日～　年　月　日</td></tr></table></td></tr>
<tr><td rowspan="5">6項</td><td rowspan="5">手術（先進医療・患者申出療養を除く）</td><td>手術日</td><td>●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ください。</td><td>例）2026年3月1日　2026年3月10日
＜網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術　等＞</td></tr>
<tr><td>手術名</td><td>●「輸血料」に算定される「造血幹細胞採取」および「造血幹細胞移植」も本欄に記入ください。
●正常分娩時など『公的医療保険適用対象外』手術を施行された場合は必ずレ点をつけてください。</td><td>・診療報酬点数表において「手術料」が1日につき算定されるものとして定められている診療行為については、初日のみ手術日を記入ください。手術内容欄に①を記入ください。</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="2">以下のいずれかに該当する場合はレ点をつけてください。該当しない場合は記入不要です。
●『子宮全摘』・・・子宮全体を切除した場合
●『子宮体部摘出』・・・子宮全体は切除していないが、子宮体部全体を摘出した場合
●『卵巣全摘』・・・卵巣全体を摘出している場合
※両側を摘出している場合、『右卵巣全摘』『左卵巣全摘』いずれにもレ点をつけてください。
●『乳がんに対する予防的かつ乳腺全体の摘出術』・・・乳房の悪性新生物と診断確定されていない乳房（乳房の悪性新生物を治療したことにより、乳房の悪性新生物が認められない状態となった乳房を含む）について、乳房の悪性新生物に罹患するリスクを低減することを直接の目的として乳腺全体を摘出した場合
※診断および生検等の検査のための手術は除きます。</td></tr>
<tr><td>手術内容</td><td colspan="2">以下のいずれかに該当する場合は診断書記載の番号を記入ください。
●『手術料が1日につき算定される診療行為の初日』
「IABP法」・「経皮的心肺補助法」など医科診療報酬点数表において「手術料」が1日につき算定されるものとして定められている診療行為のうち、初日に実施したものは、①を記入ください。
●『（輸血料の場合）自家移植をおこなったもの』
輸血料算定の「造血幹細胞移植」のうち、自家移植を行った場合は、②を記入ください。
●『（創傷処理の場合）腱縫合をおこなったもの』
手術名が「（小児）創傷処理」で腱縫合を伴う手術を施行した場合は、③を記入ください。
●『（創傷処理の場合）骨内異物除去をおこなったもの』
手術名が「（小児）創傷処理」で骨内異物除去を伴う手術を施行した場合は、④を記入ください。</td></tr>
<tr><td>3回目以降の手術</td><td colspan="2">●手術が3回以上の場合は、「3回目以降の手術」欄に記入ください。記入しきれない場合は別紙に記入いただいても結構です。その際は、「3回目以降の手術」欄に「別紙あり」と記入いただき、別紙についても署名・押印ください。
そのほか手術内容等で付記すべきことがあれば「3回目以降の手術」欄に記入ください。</td></tr>
</table>

※裏面に続く

項	主な項目		ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考
7項	先進医療		●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のみ記入ください。 ●「受療者が支払った先進医療技術料」には実施済みの先進医療技術料のみ記入ください。公的医療保険制度の保険給付の対象となる費用(自己負担部分を含む)、先進医療以外の評価療養のための費用、選定療養のための費用、食事療養のための費用、生活療養のための費用などを含めずに記入ください。 ●先進医療を複数月に亘って受けている場合は、療養を受けたそれぞれの年月についても記入ください。	●本証明書における「先進医療」とは、療養を受けた時点において、平成18年9月12日厚生労働省告示第495号「厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養」第1条第1号の規定にもとづき、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ります。)をいいます。
	患者申出療養		●貴院にて個別に施行が認められた患者申出療養のみ記入ください。 ●「受療者が支払った患者申出療養技術料」には実施済みの患者申出療養技術料のみ記入ください。公的医療保険制度の保険給付の対象となる費用(自己負担部分を含む)、患者申出療養以外の評価療養のための費用、選定療養のための費用、食事療養のための費用、生活療養のための費用などを含めずに記入ください。 ●患者申出療養を複数月に亘って受けている場合は、療養を受けたそれぞれの年月についても記入ください。	●本証明書における「患者申出療養」とは、療養を受けた時点において、平成18年9月12日厚生労働省告示第495号「厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養」第1条の2の規定にもとづき、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。
8項	放射線・温熱療法 (先進医療・ 患者申出療養を除く)		●照射中の場合は、名称、期間など照射済みの範囲で記入ください。 ●放射線・温熱療法を複数月に亘って受けている場合は、照射を受けたそれぞれの年月についても記入ください。	
9項	悪性新生物・上皮内新生物・子宮頸部等の異形成		●子宮頸部・膣部・外陰部・肛門の高度異形成の場合も記入ください。上記の4部位の場合は、異型度= CIN(VAIN・VIN・AIN)分類についても記入ください。	・皮膚がんや上皮内がん・非浸潤がんは保険金・給付金等のお支払いの対象とならない場合があります。 ・保障開始前に悪性新生物と診断確定されたことがある場合は、お支払いの対象とならない可能性があります。
		診断確定日	●「診断確定日」は最初に病理組織診断が確定された日を記入ください。組織診断がない場合、その他の検査等を基に診断確定された日を記入ください。	
		がんの種類	●該当するものに必ずレ点をつけてください。がん細胞の増殖が上皮内にとどまり、上皮組織と結合組織の境となっている基底膜下への浸潤的破壊に至っていない場合は、「上皮内がん・非浸潤がん」にレ点をつけてください。	
		病理組織学的検査	●病理組織学的検査「あり」の場合は、病理組織診断名は必ず記入ください。 手術をされている場合は、病理組織診断確定後の TNM 分類を記入ください。 大腸がんの場合、壁深達度を該当する壁深達度にレ点をつけてください。 ●病理組織学的検査「なし」の場合は、診断確定に至った検査・手術適応有無等を記入ください。	
		悪性新生物の既往	●今回治療の悪性新生物以外に何らかの悪性新生物の治療をしたことがある場合は「悪性新生物の既往」欄の「あり」にレ点をつけたうえで、発生年月および病名をお分かりになる範囲で記入ください。	

例）記入例

大腸がんの場合は深達度で「M」または「SM以深」を選択ください。

9. 悪性新生物・上皮内新生物・子宮頸部等の異形成	診断確定日		がんの種類	皮膚がんの場合　身体の部位	CIN(VAIN・VIN・AIN)分類
	2026 年 4月 1日		☑浸潤がん・肉腫・血液がん　☐上皮内がん・非浸潤がん　☐境界悪性		Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
	病理組織学的検査	☑ あり →	病理組織診断名	(p)TNM 分類	大腸がんの壁深達度
			肺腺がん	T(1) N(0) M(0)	☐M　☐SM 以深
		☐ なし →	診断確定に至った検査	(c)TNM 分類	手術適応有無
			☐細胞診　☐MRI・CT　☐その他 (　)	T(　) N(　) M(　)	☐あり　☐なし
	悪性病名告知			悪性新生物の既往(発生年月)	
	本人に ☐告げていない ☑告げた → 告知時期 2026年 4月10日			☐なし ☑あり → 2020 年 4 月頃 病名(胃がん)	

項	主な項目		ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考
10項	抗がん剤・緩和ケア(先進医療・患者申出療養を除く)	抗がん剤	●抗がん剤(L01(抗悪性腫瘍薬)・L 02(内分泌療法)・L 03(免疫賦活薬)・L 04(免疫抑制薬)・V10(治療用放射性医薬品)に該当するもの)を投薬処方されている場合、薬剤の正式名称を記入ください。	・薬剤料が算定されず、かつ、処方せん料が算定される通院のみの月について、不明の場合はご記入は不要です。 ・投薬処方年月日について記入しきれない場合は別紙に記入いただいても結構です。その際は別紙にも署名・押印ください。
		疼痛緩和薬	●がん性疼痛等の症状緩和を目的とする疼痛治療を行っている場合は「オピオイド鎮痛薬」「神経ブロック」いずれかにチェックください。 ●薬剤名の正式名称を記入ください。	
		在宅医療	●がん性疼痛等の症状緩和を目的とする在宅医療をした年月を記入ください。	
11項	急性心筋梗塞・脳卒中		●急性心筋梗塞で初診日(他院を含む)から30日経過している場合は、「はい」「いいえ」どちらかを必ず○で囲んでください。 ●脳卒中で初診日(他院を含む)から30日経過している場合は、「はい」「いいえ」どちらかを必ず○で囲んでください。	・証明日時点で30日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合があります。
12項	通院治療		●上記2項傷病名ア・イ・ウの治療を目的とした通院治療日を記入ください。 ●往診(医師が患者の家に行って診察すること)した日を含みます。 ●通院治療日であっても、**入院期間中は除外**ください。 ●**年月を記入した後、通院治療した日付を数字で記載ください。** (例　2026年3月　6、8、10、12、15、22)	・時系列で記入ください。 ・記入しきれない場合は別紙に記入いただいても結構です。その際は別紙にも署名・押印ください。