



1. 氏名	カルテ番号 ()		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
2. 傷病名	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			診断日	医師推定 傷病発生 (受傷) 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	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			年 月 日	年 月 日
オ.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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療時期	医療機関名		
4. 既往症・持病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年 月 頃				
5. 入院	入院基本料の算定 (DPC等含む)	入院をすすめた日	年 月 日	入院を予約した日	年 月 日	
	入院がない場合も含め、必ずチェックしてください	第1回	年 月 日 ~	年 月 日	<input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院	
		第2回	年 月 日 ~	年 月 日	<input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院	
		第3回	年 月 日 ~	年 月 日	<input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	上記のうち、公的医療保険が適用されない入院期間		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		
	手術日	年 月 日				
	手術名	右 左 両側				
	区分	K・J・D・G ()	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 公的医療保険適用対象外			
備考	<input type="checkbox"/> 子宮全摘 <input type="checkbox"/> 子宮体部摘出 <input type="checkbox"/> 右卵巣全摘 <input type="checkbox"/> 左卵巣全摘 <input type="checkbox"/> 乳癌に対する予防的かつ乳腺全体の摘出術					
7. 先進医療	先進医療をすすめた日	厚生労働大臣が定める先進医療技術名	実施期間	受療者が支払った先進医療技術料		
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	円		
8. 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	身体部位 (局在)	CIN (VAIN・VIN・AIN) 分類
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 浸潤がん・肉腫・血液がん <input type="checkbox"/> 上皮内がん・非浸潤がん <input type="checkbox"/> 境界悪性				(I)・(II)・(III)
	病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> あり	病理組織診断名	(p)TNM 分類	大腸がんの壁深達度	
	<input type="checkbox"/> なし	診断確定に至った検査		T () N () M ()	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> SM 以深
	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> MRI・CT <input type="checkbox"/> その他 ()			(c)TNM 分類	手術適応有無	
	悪性病名告知		悪性新生物の既往 (発生年月)			
	本人に <input type="checkbox"/> 告げていない <input type="checkbox"/> 告げた → 告知時期 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 年 月 頃 病名 ()			
9. 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					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10. 脳卒中	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					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11. 療養状態	ア. 休務加療	一定期間休務を伴う加療を要すると診断され、休務した状態もしくは休務している状態ですか ・休務には学校の休みは含まれません ・[はい]の場合は、休務を伴う加療が必要な期間をご記入ください				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		休務を伴う加療が必要な期間	年 月 日 ~ 年 月 日			<input type="checkbox"/> 未定・継続中
	イ. 外出困難	① 外出が困難であり、医師による一定の治療計画のもとに日本国内の自宅等において医学管理を継続して受けている状態にありましたか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		[はい]の場合はその状態にあった期間をご記入ください (入院があった場合その期間を含みます)				年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定・継続中
② 上記状態にあったと判断された理由について、以下の中から該当するものにチェック (複数可) ください (該当するものがない、または他にも事情がある場合は「その他の状態」欄にご記入ください)						
	摂食障害や体力の著しい低下がみられ、日常生活の行動範囲が制限される状態である				<input type="checkbox"/>	
	抑うつ、強い不安、著しい意欲の低下、倦怠感がみられ、日常生活の行動範囲が制限される状態である				<input type="checkbox"/>	
	他人との意思伝達および社会的な対人交流が困難な状態がみられ、日常生活の行動範囲が制限される状態である				<input type="checkbox"/>	
	睡眠障害などにより日中の強い眠気が続いており、日常生活の行動範囲が制限される状態である				<input type="checkbox"/>	
	パニック障害、広場恐怖、公共交通機関の回避行動等がみられ、日常生活の行動範囲が制限される状態である				<input type="checkbox"/>	
	幻覚・妄想状態、希死念慮、自殺企図、自傷行為がみられ、日常生活の行動範囲が制限される状態である				<input type="checkbox"/>	
	その他の状態					
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	電話番号	医師氏名	印	

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。

ご担当される先生へ

～入院等証明書（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、ご記入してください。

※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。

主な項目		ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考	
2 項 (傷 病 名)	ア. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病	●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。 ●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。)	・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記入いただく項目です。	
	イ. アの原因となった傷病名や事故	●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。	・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。	
	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)	●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。		
	エ. アの初診日	●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。	・貴院他科での診察を含みます。	
3 項	前医・紹介医	●「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。	・貴院他科での診察を含みます。	
4 項	既往症・持病	●「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。		
5 項	入院	●入院がない場合は入院基本料算定「なし」にし点をつけてください。 ●貴院にて患者に入院をすすめた日、入院の予約がされた日をそれぞれ記入ください。 ●入院基本料または特定入院料が算定された日帰り入院(同一の日入院と退院)は、「日帰り」にし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」にし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。	・正常分娩などで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。	
6 項	手術 (先進医療・ 患者申出療 養を除く)	手術をすすめた日 手術を予約した日	●貴院にて患者に手術をすすめた日、手術の予約がされた日をそれぞれ記入ください。	
		手術日	●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。	例) 2024年3月1日 2024年3月10日 < 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破碎術 等 >
	手術名	●「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」の手術を施行された場合は必ずし点をつけてください。	・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。	
	手術部位	●手術部位に左右の別がある場合は必ずし点をつけてください。		
	区分	●Kコード・Jコード・Dコード・Gコードを記入してください。 ●医科診療報酬点数・歯科診療報酬点数・公的医療保険適用対象外のいずれかにし点をつけてください。	例) K888-1 (子宮附属器腫瘍摘出術の場合)	
	備考	以下のいずれかに該当する場合はし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」 卵巣全部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」いずれにもし点をつけてください。 ●「乳癌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手術を施行された場合。 ※診断および生検等の検査のための手術は除きます。		
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してください。 ●「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してください。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記入してください。 ●自治体等が一部費用を負担している場合は、その金額を除いた額を記入してください。	●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。	

※裏面に続く

主な項目		ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考																																			
8 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。	<ul style="list-style-type: none"> 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し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」にし点をつけてください。																																				
	皮膚がんの場合 身体の部位(局在)	●皮膚がんの場合、部位(局在)を記入ください。																																				
	病理組織学的検査	●病理組織学的検査の「あり」「なし」にし点をつけてください。 ●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し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。																																				
	悪性病名告知	●悪性病名告知有無と、告知した時期について記入ください。																																				
	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」にし点をつけてうえで、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	<table border="1"> <tr> <td rowspan="6">8 悪性新生物・上皮内新生物・子宮頸部等の異形成</td> <td>診断確定日</td> <td>2024年 4月 1日</td> <td>がんの種類</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 浸潤がん・肉腫・血液がん <input type="checkbox"/> 上皮内がん・非浸潤がん <input type="checkbox"/> 境界悪性</td> <td>皮膚がんの場合 身体の部位 (I) (II) (III)</td> <td>CIN (VAIN・VIN・AIN) 分類</td> </tr> <tr> <td>病理組織学的検査</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> あり</td> <td>病理組織診断名</td> <td>肺腺がん</td> <td>(p)TNM 分類</td> <td>T(1) N(0) M(0) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM 以深</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td>診断確定に至った検査</td> <td><input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> MRI・CT <input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td>(e)TNM 分類</td> <td>T() N() M() <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>悪性病名告知</td> <td>本人に <input type="checkbox"/> 告げていない <input checked="" type="checkbox"/> 告げた → 告知時期 2024年 4月10日 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → 2020年 4月頃 病名 (胃がん)</td> <td>手術適応有無</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>悪性新生物の既往 (発生年月)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		8 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	2024年 4月 1日	がんの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 浸潤がん・肉腫・血液がん <input type="checkbox"/> 上皮内がん・非浸潤がん <input type="checkbox"/> 境界悪性	皮膚がんの場合 身体の部位 (I) (II) (III)	CIN (VAIN・VIN・AIN) 分類	病理組織学的検査	<input checked="" type="checkbox"/> あり	病理組織診断名	肺腺がん	(p)TNM 分類	T(1) N(0) M(0) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM 以深		<input type="checkbox"/> なし	診断確定に至った検査	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> MRI・CT <input type="checkbox"/> その他 ()	(e)TNM 分類	T() N() M() <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			悪性病名告知	本人に <input type="checkbox"/> 告げていない <input checked="" type="checkbox"/> 告げた → 告知時期 2024年 4月10日 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → 2020年 4月頃 病名 (胃がん)	手術適応有無				悪性新生物の既往 (発生年月)							
8 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	2024年 4月 1日	がんの種類		<input checked="" type="checkbox"/> 浸潤がん・肉腫・血液がん <input type="checkbox"/> 上皮内がん・非浸潤がん <input type="checkbox"/> 境界悪性	皮膚がんの場合 身体の部位 (I) (II) (III)	CIN (VAIN・VIN・AIN) 分類																															
	病理組織学的検査	<input checked="" type="checkbox"/> あり	病理組織診断名		肺腺がん	(p)TNM 分類	T(1) N(0) M(0) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM 以深																															
		<input type="checkbox"/> なし	診断確定に至った検査		<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> MRI・CT <input type="checkbox"/> その他 ()	(e)TNM 分類	T() N() M() <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																															
			悪性病名告知		本人に <input type="checkbox"/> 告げていない <input checked="" type="checkbox"/> 告げた → 告知時期 2024年 4月10日 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → 2020年 4月頃 病名 (胃がん)	手術適応有無																																
			悪性新生物の既往 (発生年月)																																			
9 項	急性心筋梗塞	●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。	・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。																																			
10 項	脳卒中	●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。																																			
11 項	療養状態	●2項傷病名に記載のストレスを起因とする疾病により医師の医学管理下において計画的な治療に専念している状態になります。	・ストレスを起因とする疾病は、「精神および行動の障害」「神経系の疾患」等になります。																																			
	ア. 休務加療	●ストレスを起因とする疾病で休務を伴う加療をされている場合は、「はい」「いいえ」どちらかを必ず○で囲んでください。 ●休務を伴う加療が必要な期間は、直近の休務を伴う加療が必要であった期間を記載ください。なお、休務を伴う加療が必要な期間が継続している場合または加療が終了する日が未定の場合は、「未定・継続中」にし点をつけてください。 ●休務には学校の休みは含まれません。	・主に会社員を想定しています。学生や専業主婦の方は記入不要です。 ・休務を伴う加療が必要な期間は必ず記入ください。																																			
	ア. 外出困難	●日本国内の自宅等には、老人福祉法に定める有料老人ホームおよび老人福祉施設ならびに介護保険法に定める介護保険施設等を含みます。 ●外出が困難な状態であった期間には、入院期間、休務期間も含みます。 ●外出が困難な状態であった期間には、治療の一環として医師の指示により外出を許可した期間を含みます。 ●外出が困難な状態であった期間が継続している場合または終了日が未定の場合は、「未定・継続中」にし点をつけてください。 ●列記された状態(チェック項目)以外の状態がある場合は、「その他の状態」に記入ください。	・休務加療をしている方についてもご記入ください。 ・外出が困難な状態であった期間は必ず記入ください。																																			

大腸がんの場合は壁深達度で「M」または「SM以深」を選択ください。