



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	<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	いずれかに○印をつけてください 睡眠時無呼吸 / 睡眠時無呼吸の疑い			医師推定 傷病発生 (受傷) 年月日 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. 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	年 月 頃	年 月 頃		年 月 頃	
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	入院をすすめた日	年 月 日		入院を予約した日	年 月 日		
	入院に至った契機	医師の指示 / 患者希望					
	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			
	睡眠時無呼吸にかかる入院をされた場合は第1回入院中に実施したものをすべてに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 診断のための検査 ( <input type="checkbox"/> PSG 検査 <input type="checkbox"/> 簡易モニター <input type="checkbox"/> その他 ( ) )					
		<input type="checkbox"/> CPAP 導入時・導入後のタイトレーション検査					
		<input type="checkbox"/> CPAP 等の治療の効果測定のための検査					
		<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸の治療 ( <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )					
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				
睡眠時無呼吸にかかる入院をされた場合は第2回入院中に実施したものをすべてに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 診断のための検査 ( <input type="checkbox"/> PSG 検査 <input type="checkbox"/> 簡易モニター <input type="checkbox"/> その他 ( ) )						
	<input type="checkbox"/> CPAP 導入時・導入後のタイトレーション検査						
	<input type="checkbox"/> CPAP 等の治療の効果測定のための検査						
	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸の治療 ( <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )						
第3回以降	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				
睡眠時無呼吸の診断確定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		睡眠時無呼吸と初めて診断確定された日	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					<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
	第2回	手術日	年 月 日				
		手術名					<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 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			
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) 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 は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	厚生労働大臣が定める		実施期間 (療養を受けた期間)	受療者が支払った		
	または 患者申出療養承認日	先進医療技術名・患者申出療養技術名		年 月 日 ~ 年 月 日	先進医療技術料・患者申出療養技術料		
	年 月 日			年 月	年 月	年 月	
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						円	
8. 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		
上記のとおり証明 (診断) します						年 月 日	
所在地	病院または診療所		名称・診療科		医師氏名		
電話番号					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。

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)となった傷病について該当するものに○をお願いします。いずれにも該当しない場合はウへ記入ください。 ●発症時期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ご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してください。	
	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。 ●入院に至った契機について該当するものに○をお願いします。 ●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。		
	睡眠時無呼吸の診断確定	●睡眠時無呼吸にかかる入院をされた場合は必ず診断確定「あり」「なし」にし点をつけてください。 診断確定「あり」の場合は、初めて診断確定された日を必ず記入ください。		
	睡眠時無呼吸の入院内容	●入院中に実施した内容について該当する□全てにし点をつけてください。 ●その他を選択された場合は括弧内へ詳細を記入ください。		
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) 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」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。手術内容欄に①を記入ください。	
	手術内容	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) 縫合をおこなったもの』 手術名が「(小児) 創傷処理」で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。		
	3回目以降の手術	●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。		
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ご記入ください。	●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ご記入ください。	●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	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ご記入ください。 ●往診(医師が患者の家に行き診察すること)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。	