

# 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( )		男・女	生 年 月 日			
				昭和・平成	年 月 日		
2. 傷 病 名		傷 病 発 生 年 月 日					
ア. 入院(手術)の原因となった傷病名		年 月 日		いずれかに○をして下さい 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>3回以上のご入院がある場合は「7.」の経過欄への記入または別紙添付願います</small>		第1回目	年 月 日 ~ 年 月 日 (内外泊日数 日)				
		第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日 (内外泊日数 日)				
5. 前医・紹介医		傷病名		治療期間		医療機関	
		有 無		年 月頃 ~ 年 月頃			
		前医での入院・手術の有無 有 ・ 無					
6. 既往症・持病		傷病名		治療期間		医療機関	
		有 無		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.」の経過欄への記入または別紙添付願います</small>		① 手術名		手術日		ア~ク (1)~(7)	
		② 手術名		手術日		ア~ク (1)~(7)	
		診療報酬点数区分 (K・J - )		年 月 日		手術種類	
		診療報酬点数区分 (K・J - )		年 月 日		手術内容	
		手術の種類 : ア. 開頭術 イ. 穿頭術 ウ. 開胸術 エ. 開腹術 オ. ファイバースコープまたはカテーテル カ. その他( ) 【 (悪性新生物に対する手術の場合) キ. 根治術 ク. 姑息的手術 】					
		手術の内容 : 筋骨関係の場合 : (1)観血 (2)非観血 植皮術の場合 : (3)25cm <sup>2</sup> 以上 (4)25cm <sup>2</sup> 未満 手指・足指の場合 : MP関節より (5)末梢 (6)関節上 (7)中枢					

注1) 訂正・追記の場合、必ず証明印による訂正印を押印願います。  
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。

9. 先進医療	治療の種類											特定承認医療機関となった承認日	年 月 日					
	治療の実施日				実施回数	回		技術料			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	診療報酬点数区分 (K・J - )										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○印をつけて下さい																		
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
		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	16	計
		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	16	計
		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	16	計
		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	16	計
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
以上のとおり証明いたします。 年 年 日																		
医療機関名称 診療科目																		
医療機関所在地 医師氏名 印																		
電話番号																		