

## 医療総合保険診断書

お願い:訂正の場合、必ず証明印による訂正印をお願い致します。

氏名	カルテ番号 ( )		男・女	生年月日	年	月	日	
傷病名	ICD-10コード	傷病発生日(医師推定)		当該傷病での初診日		診断日		
ア.傷病名		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
イ.アの原因		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
ウ.入院加療を要した合併症		入院加療対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日		年 月 日		
治療期間	初診 年 月 日 ~ 終診 年 月 日 ( 年 月 日現在加療中)							
	第1回目 入院	年 月 日 ~	年 月 日	退院		入院中		転院
	第2回目 入院	年 月 日 ~	年 月 日	退院		入院中		転院
	第3回目以降の入院があれば、ご記入ください。							
ア.傷病名の過去の入院・手術歴	入院	年 月 日 ~ 年 月 日 /		年 月 日 ~		年 月 日		
	施行日	年 月 日	手術名					
前医または紹介医	医療機関名	治療期間		年 月 日 ~		年 月 日		
がん既往症	有: 傷病名 無: 治療期間	年 月 日頃 ~	年 月 日頃まで	医療機関名 ( )				
がん以外の既往症	有: 傷病名 無: 治療期間	年 月 日頃 ~	年 月 日頃まで	医療機関名 ( )				
※発病から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったかご記入ください。)								
※初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)								
手術	手術日	手術名		治療部位	術式コード			
	年 月 日			左 右	K・J			
	年 月 日			左 右	K・J			
	年 月 日			左 右	K・J			
第4回目以降の手術・処置があれば、手術名・治療部位・手術日をご記入ください。また、上記手術に関する付記があればご記入ください。								
悪性新生物・上皮内新生物の場合	確定診断日	年 月 日	区分	原発 再発 転移	転移の場合の原発部位	TNM分類	T( ) N( ) M( )	
	診断確定に至るまでの検査および結果	検査名	検査日	検査結果日	検査結果の概要			
		① 病理組織学的検査	年 月 日	年 月 日				
		② ( )検査	年 月 日	年 月 日				
	悪性告知	本人 配偶者 その他 ( ) に 年 月 日 病名を [ ] と告げた						
放射線治療	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		診療報酬区分番号			
温熱療法	施行日			M				
分娩に伴う入院の保険適用	今回の入院期間のうち健康保険が適用されない期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
意思能力	保険金を請求し、受け取る行為の意味を理解できない場合、○印をつけてください。						できない	
先進医療	技術名			先進医療費にかかる技術料	円(税込)			
	治療実施日または期間							

上記のとおり診断・証明いたします

年 月 日

所在地:

医療機関名:

TEL:

診断書代金

円(税込)

医師名:

科

印