

ご契約者の皆様へ この記入例を診断書とともに主治医の先生にお渡しください

主治医の先生へ 診断書ご記入に関するお願い

1

傷病名が複数ある場合にはすべて記載してください。入院（手術）等の原因となった傷病名をア欄に記入し、同時治療を行った傷病名（合併症）はウ欄に記入してください。合併症については、入院治療の要否も記載してください。また、骨折等に対して固定具（ギプス等）を使用した場合は、骨折の部位（例：右第2指中手骨）も含めて傷病名を記入してください。

傷病発生年月日は、病気の場合は発病日を、ケガの場合は受傷日を記載してください。また、医師推定または患者申告いずれによるものかを記載してください。

2

初診日と最終受診日時点の治療状況（終診・転院・現在加療中）および入院期間、入院が必要と判断した日を記載してください。また、分娩を伴う入院の場合は、公的医療保険制度が適用され入院期間も記載してください。

3

前医または紹介医について、お分かりになる範囲で記載してください。

4

既往症について、今回治療された傷病との因果関係の有無にかかわらず、お分かりになる範囲で傷病名・医療機関名等を記載してください。

5

「初診までの症状経過」「初診時の患者主訴および所見」「初診以降の検査結果・治療経過」等について記載してください。

6

診療報酬点数表で「手術料が算定される」手術はすべて記載してください。「手術種類」は複数該当する場合はすべての記号を記入してください。「手術の内容」は各項目に該当する手術の場合に必ず記入してください。

7

診療報酬点数表で「放射線治療料が算定される」放射線治療・温熱療法はすべて記載してください。[区分]には診療報酬点数区分と該当する放射線治療の種類や照射部位が複数ある場合は、種類・部位ごとに総線量・照射期間等を記入してください。

10

傷病名が急性心筋梗塞（ICD-10：I21 または I22）の場合には、初診日から 60 日経過時点まで労働制限が必要（不要）であったかを必ず記載してください。

13

骨折や韧带損傷等の外傷（病気は除く）に対して固定具使用を指示した場合は、実際の「使用期間」を記載してください。使用期間を把握されていない場合には「使用を指示した期間」を記載してください。

9

傷病名が悪性新生物（悪性腫瘍）の場合には、病理組織診断名・診断確定日等を必ず記載してください。病理組織診断が実施された場合は、(p)TNM 分類・ICD-O-3（5桁のコード）等を記入してください。病理組織診断が実施されなかった場合は、その他の診断確定方法を記入してください。

12

ア欄に記載された傷病名（入院治療をした場合には入院治療の原因となった疾病または事故）に関わる実通院日を記載してください。「入院前」および「退院後」の通院日を記載してください。診断書の発行依頼のみ等の「治療行為を伴わない通院日」は除外してください。

13

三大疾病（悪性新生物・急性心筋梗塞・脳卒中）や女性の方に多い疾病等に該当する場合、患者様に共済金額を割増してお支払いする場合があります、その判断のためにICD10コードを確認させていただいております。

Z92010

ICD10コード

※ご記入後に切りとってください。

氏 名		カルテ番号（		性別	男・女	生年 月 日	保 険 健康 国保 労災 自賠 自費 その他（							
1. 傷 病 名		ICD10 コード		傷病発生年月日		※必ず〇印を付けてください。								
ア．入院(手術)等の 原因傷病名				年 月 日		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								
		入院の要否	要・不要	⇒	要の場合はその期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
2. 治 療 期 間		初 診		年 月 日 ～ 年 月 日（終診・転院・現在加療中）										
日帰り入院は、入院基本料（DPC・短期滞在手術等基本料2・3含む）の算定がある入院に対して、入院日・退院日は同日を記入してください。		入院期間		①	年 月 日 ～ 年 月 日 退院・入院中・転入院		入院が必要と判断した日		年 月 日					
				②	年 月 日 ～ 年 月 日 退院・入院中・転入院				年 月 日					
				③	年 月 日 ～ 年 月 日 退院・入院中・転入院				年 月 日					
		分娩を伴う入院期間のうち、公的医療保険制度の適用入院期間				年 月 日 ～ 年 月 日								
3. 前医または紹介医		有・無	医療機関名とその所在地		治療期間		医師名							
4. 既 往 症		有・無	傷病名		医療機関名とその所在地		治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日 現在（治療中・治療・不詳）							
5. 発症(受傷)から初診までの症状経過（いつ頃からどのような自覚症状があり、なぜ受診するに至ったのか）、初診時の患者主訴および所見、初診以降の検査結果・治療内容														
患者申告の自覚症状発現時期（ 年 月 日頃・不詳） ※事故・ケガが原因の場合には具体的な「他覚的所見の有無」を明記してください。														
6. 手 術		有・無	ア.開頭術 イ.開胸術 ウ.開腹術 エ.胸腔鏡 オ.腹腔鏡 カ.眼科レーザーキ.経皮的 ク.経尿道的 ケ.経膈的 コ.内視鏡またはカテーテルサ.その他（		ア～サから選択		手術の内容							
公的医療保険制度にもとづき診療報酬点数表の手術料が算定された場合は、算定された手術コード・点数を記入してください。			手術名		診療報酬点数区分		手術日		部位		手術種類		手術の内容	
													手術の種類	
													手術の種類	
													手術の種類	
		3 回目以降の手術があれば記入ください。												
7. 放射線治療・温熱療法		有・無	区分	M・L		部位	総線量		Gy	実施日(期間)	開始 年 月 日 終了 年 月 日	実施回数 (回)		
8. 先進医療		有・無	技術名			*先進医療にかかる自己負担金額		円	実施日(期間)	開始 年 月 日 終了 年 月 日	実施回数 (回)			
9. 悪性新生物の場合		有・無	診断確定日	年 月 日		今回罹患する以前の悪性新生物の既往の有無		有・無	有病の場合	診断時期	年 月 頃			
		有・無	病理組織診断	病理組織診断名		国際疾病分類、腫瘍学コード（ICD-O-3）		区分	(p) TNM 分類					
		有・無	細胞診・内視鏡・CT・MRI・その他（	【 / 】		原発・再発・転移		T() N() M()						
		有・無	診断確定方法（「その他」の場合はその詳細を記入ください。）		本人への悪性病名告知		有・無	皮膚癌の場合	悪性黒色腫ですか？はい・いいえ					
10. 急性心筋梗塞の場合		初診日から 60 日経過時点で労働の制限を引き続き必要としましたか？（ここでいう労働の制限とは、軽い家事等の軽労働・事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。）										必要・不要		
11. 脳卒中の場合		初診日から 60 日経過時点で他覚的な神経学的後遺症（言語障害・運動失調・麻痺等）が継続していましたか？										はい・いいえ	「はい」の場合はその後遺症の詳細についてご記入ください	
12. 通院期間		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日												
		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日												
		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日												
		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日												
		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日												
		年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日												
13. 固定具使用期間		年 月 日～ 年 月 日 固定具の種類										ギプス・シーネ・その他（		
上記の通り証明します。												証明日 年 月 日		
住 所														
名 称														
診 療 科														
電 話 番 号												医師氏名 印		

* 訂正された場合には、必ず証明印による訂正印をお願いします。

LIAJ097-100-201908