

入院・手術証明書(診断書)

※生年月日以外は西暦でご記入ください

1.フリガナ 氏名				☐ 男 ☐ 女	生 年 月 日	年 月 日				
	カルテ番号()									
2.傷病	(ア) 入院・手術等の 原因となった傷病	入院・手術の原因となった傷病名を記入してください				傷病発生年月日を記入してください				
		医師推定				年 月 日				
	(イ) (ア)の原因	(ア)の原因となった傷病名や事故を記入してください				傷病発生年月日を記入してください				
		医師推定				年 月 日				
	(ウ) (ア)、(イ) の以外 の傷病	(ア)、(イ) 以外の、入院加療の必要があった傷病 (合併症) があれば記入してください				傷病発生年月日を記入してください				
		医師推定				年 月 日				
(エ) (ア)の初診日	年 月 日			(ア)の治療状況	☐ 終診 ☐ 経過観察中 ☐ 加療中					
3.既往症	☐ あり ☐ なし	医 療 機 関 名		治 療 期 間		傷 病 名				
				年 月 日 ~ 年 月 日						
4.入院	入院 期間	第1回	年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ 退院 ☐ 入院中 ☐ 転院 ☐ 転科 ☐ 死亡退院							
		第2回	年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ 退院 ☐ 入院中 ☐ 転院 ☐ 転科 ☐ 死亡退院							
		第3回 以降								
5.手術	第1回	手術日	年 月 日			手術部位	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側			
		手術名	K ・ J (—) 骨または関節の手術の場合(観血 ・ 非観血)							
	第2回	手術日	年 月 日			手術部位	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側			
		手術名	K ・ J (—) 骨または関節の手術の場合(観血 ・ 非観血)							
	第3回 以降									
6.前医・ 紹介医	☐ あり ☐ なし	医 療 機 関 名 ・ 医 師 名		治 療 期 間		傷 病 名				
				年 月 日 ~ 年 月 日						
7.先進 医療	☐ あり ☐ なし	種 類		実 施 日		先進医療にかかる技術料の自己負担額				
				年 月 日		万 円				
上記の通り証明(診断)します。										
所在地		年 月 日								
病院または診療所		名称								
電話番号		医師名								
		印								