

生協所定 入院・手術 診断書（治療証明書）

日本コープ共済生活協同組合連合会

医療機関各位 診断書のご記入に際し、ご不明な点などありましたら、日本コープ共済生活協同組合連合会
共済金係 TEL 0120-497-003までご連絡ください。
黒か青の消せないボールペンをご使用ください。

保険の種類	
<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 自賠
<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 労災
<input type="checkbox"/> 介護	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

氏名	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 年 月 日生	カルテ番号		
① 傷病名（腫瘍（悪性新生物）の場合は、右欄の原発・再発・転移・不詳に○付してください）		② 傷病発生日		
イ. 入院・手術の原因となった傷病名	ICD-10コード	年 月 日	いずれかに○付してください。 <input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
ロ. イ.の原因		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
ハ. 入院中に治療したイ.ロ.以外の傷病名	発病日（医師推定）： 年 月 日頃・不詳 ハ. に対する入院を要する治療期間 年 月 日～ 年 月 日			
③ 初診日	年 月 日	④ 今回の入院・手術の指示日	年 月 日	
⑤ 入院期間	(1) 年 月 日～ 年 月 日まで (<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他)			
	(2) 年 月 日～ 年 月 日まで (<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他)			
	(3) 年 月 日～ 年 月 日まで (<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他)			
⑥ 治療状況	① 入院治療中 ② 通院治療中 ③ 治癒 ④ 転医 (<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 通院) ⑤ 中止 ※上記 1, 2の場合 治癒見込日 年 月 日 ※上記 3, 4, 5の場合 年 月 日			
⑦ 前医・紹介医	医療機関名： 医師名： 電話番号： () 初診日： 年 月 日			
発病から初診までの経過／初診時の所見				
治療経過／実施した検査と検査日（※）				
⑧ 悪性新生物／子宮頸部異形成の場合	病名告知	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族) 年 月 日頃に病名を () と告げた。		
	病理組織診断結果	病理診断名 () 子宮頸部異形成の場合 ⇒ CIN： ①・②・③ 診断確定日： 年 月 日 TNM分類：T () N () M () T1の場合：mがん・smがん		
⑨ 手術	手術名称			
	実施日	年 月 日		
	目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療と検査を兼ねる <input type="checkbox"/> 検査(生検)のみ		
	種類	以下より選択のうえ、下記にご記入ください。（「9.その他」の場合は別途記入してください） 1.ファイバースコープ、またはバスケットカテテルによる手術 2.開頭術 3.開胸術（胸腔鏡下手術含む） 4.開頸術 5.開腹術（腹腔鏡下手術含む） 9.その他		
	手術コード	番号	9.の場合	番号
	種別	1. 子宮の全摘出をしましたか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ 2. 腫瘍摘出の手術ですか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ (長径 cm)		
⑩ 放射線コード	区分	細目	部位	
M(L)				
⑪ 先進医療	先進医療技術名	特定承認医療機関となった承認日		
	治療の実施日	年 月 日～ 年 月 日	実施回数 回	
⑫ 既往症	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 傷病名： 治療時期： 年 月 日～ 年 月 日頃 治療状況： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 医療機関名： 電話番号： ()			
	上記の通り証明します。 年 月 日			
所在地				
医療機関名		担当科		
電話 ()		医師名		