

生協所定 入院・手術・通院 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 | |
| イ. 入院・手術・通院の原因となった傷病名 | ICD-10コード | 発病日 (受傷日) | 医師推定 年 月 日頃・不詳 |
| ロ. イ.の原因 | | 発病日 (受傷日) | 医師推定 年 月 日頃・不詳 |
| ハ. 入院中・通院中に治療したイ.ロ.以外の傷病名 | | 発病日 (受傷日) | 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 | |
| ① 初診日 | 年 月 日 | ② 今回の入院・手術の指示日 | 年 月 日 |
| ③ 入院期間 | (1) 年 月 日～ 年 月 日 まで | | |
| | (2) 年 月 日～ 年 月 日 まで | | |
| | (3) 年 月 日～ 年 月 日 まで | | |
| ④ 通院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 [左記のうち治療実日数 日] | | |
| ⑤ 支障期間 | 上記通院期間中、平常の生活(就学、家事)・業務に支障があると判断された期間 <input type="checkbox"/> 年 月 日～ 年 月 日 具体的判断理由 [] | | |
| ⑥ 実通院日 | 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 |
| | 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 |
| ⑦ 固定具 | <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ 1. 固定具名： 装着範囲： 装着期間： 年 月 日～ 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 2. 固定具名： 装着範囲： 装着期間： 年 月 日～ 年 月 日 | | |
| ⑧ 治療状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 入院治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 通院治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 転医(転医先) <input type="checkbox"/> 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 | | |
| ⑨ 前医・紹介医 | <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ 医療機関名： 医師名： 初診日： 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 電話番号： () | | |
| ⑩ 手術 | 手術名称 | | |
| | 実施日 | 年 月 日 | |
| | 目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 治療 <input checked="" type="checkbox"/> 治療と検査を兼ねる <input checked="" type="checkbox"/> 検査(生検)のみ <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ーテルによる手術 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 区分 細目 部位 | 番号 9.の場合 区分 細目 部位 |
| | 種別 | 1. 子宮の全摘出をしましたか? <input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ 2. 腫瘍摘出の手術ですか? <input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ (長径 cm) | |
| ⑪ 放射線コード | M(L) | 区分 細目 部位 | 施術期間 年 月 日～ 年 月 日 合計 グレイ |
| | | | |
| ⑫ 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 年 月 日 |
| | 治療の実施日 | 年 月 日～ 年 月 日 | 実施回数 回 技術料(総額) 円 |
| ⑬ 既往症 | <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ 傷病名： 治療時期： 年 月 日～ 年 月 日頃 治療状況： <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 不詳 | | |
| | <input type="checkbox"/> 医療機関名： 電話番号： () | | |
| 発病(受傷)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 | |

上記の通り証明します。 年 月 日

所在地 担当科 医師名

医療機関名 医師名

電話 ()

(印)