

生協所定 入院・手術・通院 診断書（治療証明書）（がん特約加入者用）

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。

氏名		□男・□女	カルテ番号	保険の種類 □健保 □国保 □その他()	
	年 月 日生				
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 傷病発生年月日		悪性新生物の場合	
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。		
			医師推定・患者申告	原発・再発 転移・不詳	
ロ. イ.の原因		年 月 日	医師推定・患者申告	原発・再発 転移・不詳	
ハ. 入院中に治療したイ.ロ.以外の傷病名	ハ. に対する入院を要する治療期間		年 月 日～	年 月 日	
	ハ. 入院中にがんに対する入院加療 (有) (無) (有の場合の入院期間:		年 月 日～	年 月 日)	
③ 初診日	年 月 日	④ 今回入院・手術の指示日	年 月 日		
⑤ 新生物/子宮頸部異形成の場合	該当の項目にチェックしてください □良性腫瘍(境界悪性を含む) □上皮内がん または 非浸潤がん □浸潤がん □その他()				
	病理組織学検査	有病	病理組織診断名:	診断確定日 年 月 日	
		無	子宮頸部異形成の場合 CIN: Ⅰ Ⅱ Ⅲ	TNM分類: T() N() M() T1の場合 mがん・smがん	
	上記以外の診断根拠に至った検査		検査名:	検査結果:	結果判明日: 年 月 日
	国際疾病分類の性状コード(腫瘍学コード5桁目に○付してください)【 / ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 】				
⑥ 入院期間 <small>3回目以降はここに記入ください</small>	(1)	年 月 日～	年 月 日	(退院)・(入院中)・(転医退院)・(転医入院)	
	(2)	年 月 日～	年 月 日	(退院)・(入院中)・(転医退院)・(転医入院)	
⑦ 治療状況	①入院治療中 ②通院治療中 ③経過観察中(寛解状態) ④治癒 ⑤転医(転医先:) ⑥中止				
⑧ 前医・紹介医	有	医療機関名: ()	電話番号: ()	医師名: () 初診日: 年 月 日	
	無	紹介医の悪性新生物としての診断確定(病理組織学的所見による)の有無 (有)・(無)・(不明) 有の場合はその診断名() 診断確定日: 年 月 日・(不明)			
⑨ 手術	手術名称				
	実施日	年 月 日	年 月 日		
	目的	治療 治療と検査を兼ねる 検査(生検)のみ 治療 治療と検査を兼ねる 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.開頭術 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	9.の場合
⑩ 放射線・温熱療法等	種類	部位	区分	細目	合計
	体外照射 定位放射線 温熱療法	温熱療法実施日	M(L)	-	グレイ
	組織内照射 その他()		期間	年 月 日～	年 月 日
⑪ 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	
	上記以外の通院日のご記入をお願いします。				
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 先進医療の技術料のみご記入ください。	
⑬ 既往症	有 ⇒ 傷病名: () 治療期間: 年 月 日～ 年 月 日頃 医療機関名: ()	無	治療状況: (治療中) (治癒) (不詳)	電話番号: ()	
⑭ 発病から初診、その後治療の経過(上記がん以外の治療があればその内容、対象疾患および期間)					
上記の通り証明します。			年 月 日		
所在地	担当科				
医療機関名	医師名		(印)		
電話 ()					