

1. 氏名	フリガナ カルテ番号()		男 女	生年月日	西暦 昭和	大正 平成	年	月	日																									
2. 傷病名	(ア)入院・手術の原因となった診断確定傷病名	必ずご記入ください→ICD-10コード()			20	年	月	日	ケガの場合 以下に該当する場合は、該当項目の□に○を記入ください。 <input type="checkbox"/> 骨折 (病的骨折・肋軟骨以外の軟骨骨折を含まない) <input type="checkbox"/> 関節脱臼 (半月板損傷・断裂を含まない) <input type="checkbox"/> 腱の断裂 (靭帯の断裂・損傷を含まない)																									
	(イ)アの原因				20	年	月	日																										
	(ウ)入院中に治療を行った合併症	入院加療の必要があった傷病については、4.欄もご記入ください。			20	年	月	日																										
3. 治療期間	貴院における初診	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		終診		現在加療中																												
4. 入院期間	第1回入院	※日帰り入院(入院日が同一の入院で、かつ、入院基本料が算定されている入院)の場合には、入院日を記入し、「日帰り入院」に○印をつけてください。 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			日帰り入院		退院		現在入院中																									
		※複数の傷病を原因として入院された場合、または、入院中に他の傷病が発生した場合は、各傷病の入院期間をご記入ください。																																
		(傷病名)	入院期間	20	年	月	日	~	20	年	月	日																						
		(傷病名)	入院期間	20	年	月	日	~	20	年	月	日																						
	第2回入院	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			日帰り入院		退院		現在入院中																									
		(傷病名)	入院期間	20	年	月	日	~	20	年	月	日																						
	(傷病名)	入院期間	20	年	月	日	~	20	年	月	日																							
	第3回以降	3回目以降の入院があれば、[傷病名][入院期間]をご記入ください。(「日帰り入院」「退院」「現在入院中」のご記入もお願いいたします)																																
	分娩を伴う入院	分娩日 20 年 月 日																																
	介護保険入院	介護保険入院 介護保険適用の入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日																																
5. 前医又は紹介医	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	医療機関名	医師名		初診日		20 年 月 日																											
6. 既往症持病	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	傷病名・医療機関名	治療期間または罹患時期		左記傷病名のうち、上記「4.入院期間」中に治療した傷病名																													
7. 手術 ドレナージ等の処置も記入してください。 医科診療報酬点数表上の手術料が全て手術料として記入してください。手術料については点数欄はブランクで結構です。	手術名または処置名		手術日(処置日)		手術種類	観血/非観血	手術野はMP関節を含めて中程に	筋・腱・靭帯の処置を	口腔内手術の場合、顎骨に操作が	植皮術・皮弁術の面積																								
	1		20 年 月 日	ア～スから選択	観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm ²																									
		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 診療点数区分コード (K)・(J)・(I) - () 点			非観血	及ばない	伴わない	及ばない	(以上) (未満)																									
	2		20 年 月 日	ア～スから選択	観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm ²																									
		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 診療点数区分コード (K)・(J)・(I) - () 点			非観血	及ばない	伴わない	及ばない	(以上) (未満)																									
3		20 年 月 日	ア～スから選択	観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm ²																										
		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 診療点数区分コード (K)・(J)・(I) - () 点			非観血	及ばない	伴わない	及ばない	(以上) (未満)																									
	下記ア～スから手術の種類をご選択してご記入ください ア. 開頭術 イ. 穿頭術 ウ. 開心術 エ. 開胸術 オ. 開腹術 カ. 胸腔鏡 キ. 腹腔鏡 ク. 経皮的 ケ. 経膈的 コ. 経尿道的 サ. レーザー シ. ファイバースコープまたはカテーテル ス. その他 ()																																	
	4回目以降の手術があれば、手術名・手術日・診療点数コード区分・手術点数・手術種類・手術内容等をご記入ください。																																	
8. 放射線・温熱療法	療法名	照射部位		総線量		グレイ																												
	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 診療点数区分コード (M)・(L) <input type="checkbox"/> 自由診療	期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日																															
9. 新生物	最終病理診断名	診断確定日	20 年 月 日		診断方法 <input type="checkbox"/> 病理組織診断 <input type="checkbox"/> その他 ()																													
	＜新生物が悪性新生物、上皮内癌、上皮内黒色腫の場合は、以下もご記入ください＞																																	
	TNM分類	T () N () M ()	今回の区分		<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移																													
	がんの浸潤度	<input type="checkbox"/> 浸潤がん <input type="checkbox"/> 非浸潤がんのとき→ <input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> 上皮内がん以外 <input type="checkbox"/> その他		悪性告知		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 告知なし																												
10. 急性心筋梗塞	急性心筋梗塞について初めて診療を受けた日から60日経過時点で労働の制限を引き続き必要としますか (ここでのいう労働の制限とは、軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。)																																	
			はい		いいえ																													
11. 脳卒中	脳卒中について初めて診療を受けた日から60日経過時点で、他覚的な神経学的後遺症が継続していますか																																	
			はい		いいえ																													
12. 先進医療	治療の種類	※厚生労働大臣の定める先進医療による治療について記載してください。																																
	治療の期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		先進医療技術料	*第三者負担を除く受療者が負担すべき先進医療技術料のみご記入ください					円																								
13. 通院	通院年月	※上記2項ア・イの傷病の治療を目的とした通院治療日(往診含む)に○印をつけてください。																												各月合計				
	20 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	合計	日
	20 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	合計	日
	20 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	合計	日
	20 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	合計	日
	20 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	合計	日
14. 請求意思能力	現在、本人には保険金等を請求し、受け取る行為の意味を理解できないと思われる場合は、右にチェックしてください。																																	
			はい						いいえ																									
上記の通り証明します。																																		
病院または診療所の所在地 名称 電話番号																																		
医師氏名																																		
印																																		