

# 診断書

ご返送

医療機関提出用

※ 医療機関へこのままご提出ください。

UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険株式会社 宛

1. 氏名		フリガナ	カルテ番号	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	年	月	日			
2. 傷病名	ア. 入院・手術・就業不能の原因となった傷病名	ICD-10( )	ICD-O-3( )	症状出現または検査指摘時期							
	イ. 上記ア.の原因				年	月	日	(頃)	医師推定	患者申告	
	ウ. 合併症併存疾患	入院の必要性: <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 必要な期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 上記ア.との関係性: <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有			年	月	日	(頃)	医師推定	患者申告	
3. 新生物(異形成を含む)の場合	ア. 告知	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族に 年 月 日頃 病名( )を <input type="radio"/> 告げた <input type="radio"/> 告げていない									
	イ. 診断確定日	年 月 日			エ. 該当区分	【原発・再発・転移】 【再発・転移の場合】治療によりがんが認められなかった期間 <input type="radio"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="radio"/> 無					
	ウ. 状態	<input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中(寛解状態) <input type="radio"/> 治癒			カ. 大腸がんの場合	深達度: S / SM以深					
	オ. 性状	<input type="radio"/> 上皮内新生物(上皮内癌・非浸潤癌) <input type="radio"/> それ以外									
	キ. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果										
	病理組織学的検査	検査項目			検査結果			TNM分類			
	細胞学的検査	検査結果判定日			検査結果			ステージ分類 I・II・III・IV I Vの場合の判断根拠 UICC・その他( )			
4. 既往症	ア. 悪性新生物	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	傷病名:	医療機関名		治療期間					
	イ. 上記以外	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	傷病名:	医療機関名		治療期間					
5. 前医・紹介医	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医療機関名:			初診日		年 月 日(頃)				
6. 診療機関	初診日		年 月 日		入院手術が決定した日		年 月 日				
7. 入院期間	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日			入院中	入院中	退院	その他( )			
	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日			入院中	入院中	退院	その他( )			
※3回目以降の入院がある場合は、以下にご記入ください。											
○腹腔・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置等を含みます。 ○一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。 1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術(開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. 経尿道的 8. 経腔的 9. ファイバースコープまたはカテーテルによる治療 10. レーザーによる手術 11. 衝撃波 12. その他( ) ↓ 下記「種類」欄には、上記1~12のいずれかの番号をご記入ください。											
8. 手術	種類	手術コード	手術名	手術日	左右の別	骨・関節に対する治療の場合	筋・腱・靭帯の切断・切開手術を	手指・足指の場合、MP関節を含め手術野が中極側に	口腔手術の場合、顎骨を	植皮術・皮弁形成術の場合の面積が	臓器摘出の場合
		K-		年 月 日	<input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右	<input type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血	<input type="radio"/> 伴う <input type="radio"/> 伴わない	<input type="radio"/> 及ぶ <input type="radio"/> 及ばない	<input type="radio"/> 削った <input type="radio"/> 削らず	<input type="radio"/> 25cm以上 <input type="radio"/> 25cm未満	<input type="radio"/> 全摘 <input type="radio"/> 一部
		K-		年 月 日	<input type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右	<input type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血	<input type="radio"/> 伴う <input type="radio"/> 伴わない	<input type="radio"/> 及ぶ <input type="radio"/> 及ばない	<input type="radio"/> 削った <input type="radio"/> 削らず	<input type="radio"/> 25cm以上 <input type="radio"/> 25cm未満	<input type="radio"/> 全摘 <input type="radio"/> 一部
※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分・手術種類・手術内容・手術日等をご記入ください。											
9. 乳房手術の場合	「皮膚を切開し、病変部を切除した手術」に該当しますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ										
10. 放射線治療および温熱療法 (アイソトープ含む)	区分コード	治療内容	実施期間		総重量	状況					
			年 月 日	年 月 日	Gy	照射予定(照射中) / 完了					
11. 抗悪性腫瘍剤	治療内容(薬剤名)	開始			年 月 日						
12. 先進医療 (左右対称の場合はそれぞれご記入ください)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	技術名	実施日		技術料						
			年 月 日	年 月 日	円						
13. 癌患者申出療養制度	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	種類:	当該患者申出療養に係る承認年月日		年 月 日						
		実施日:	年 月 日 (回)		受療者が支払った患者申出療養の「技術料」円						
14. 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間	年 月 日 ~ 年 月 日										

お願ひ①  
訂正がある場合、必ず証明印による訂正印を押印ください。  
お願ひ②  
記入欄が足りない場合は、余白または別紙にご記入をお願いします。

上記の通り証明します。  
医療機関 病院(診療所)所在地

証明日 年 月 日

代理店受領日 弊社受領日

病院(診療所)名称・診療科

電話番号

医師名

印

《診断書のご作成について》・ボールペンでご記入ください（消せるボールペンは使用不可）。

《ご担当の先生へ》

（※診断書の記載にあたりご一読をお願いいたします。）

ご記入漏れの欄がありますと、共済給付金支払のため、あらためて照会させていただきます場合がありますので、実施された医療行為についてご記入くださいますようお願いいたします。

① 傷病名 欄

- 入院等の契機となった傷病名が複数ある場合は、すべてご記入ください。確定診断された場合は、確定診断後の傷病名をご記入ください。

② 新生物（異形成を含む）欄

- 今回の傷病名が新生物（異形成を含む）の場合に診断結果をご記入ください。
- 病理組織診断を実施した場合は、その診断結果、TNM分類、診断確定日をご記入ください。
- 病理組織診断以外の方法で診断確定した場合には、その方法・検査結果判定日・検査結果をご記入ください。
- 再発・転移の場合には、再発・転移と診断確定された検査結果判定日・検査結果、治療により癌が認められなかった期間をご記入ください。

③ 前医・紹介医 欄

- 初診日・医療機関名をわかる範囲でご記入ください。

④ 入院期間 欄・手術 欄

- 診療報酬点数表上で『手術料』とされている手術についてご記入ください。
- 実際に行った手術に関する手術名、診療報酬点数表の区分番号（コード）、手術日を入力し、その手術について手術種類、手術内容から該当するものすべてを選択ください。
- 医科診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して施行し、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。

【例】体外衝撃波結石破碎術・体外衝撃波腎・尿管結石破碎術等

- 医科診療報酬点数表において、「手術料」が1日につき算定される手術は、1日目のみご記入ください。

【例】大動脈バルーンパンピング法・人工心肺等

診断書		医療機関提出用	
UAゼンゼン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険株式会社 宛			
1. 氏名	フリガナ	五訂字番号	生年月日
2. 傷病名	ア. 入院前・前診より続いた傷病名	ICD-10( )	ICD-9-C( )
	イ. 上記以外の傷病名		
3. 新生物（異形成を含む）の場合	ア. 病名	本人・(家族)	年月日
	イ. 診断確定日	年月日	工. 該当区分
4. 既往症	ア. 既往新生物	傷病名	治療期間
	イ. 上記以外	傷病名	治療期間
5. 前医・紹介医	前医・(紹介) 医療機関名	初診日	年月日
6. 診療機関	初診日	年月日	入院手術が決定した日
7. 入院期間	1回目	年月日	年月日
8. 手術	手術コード	手術名	手術日
9. 乳癌手術の場合	「皮膚を切開し、癌変を切除した手術」に該当しますか？ (はい)・(いいえ)		
10. 放射線治療および遠隔療法 (アイソトープ療法)	区分コード	治療内容	実施期間
11. 抗悪性腫瘍剤	治療内容(薬剤名)	開始日	年月日
12. 先進医療	医療機関	年月日	年月日
13. 遠隔検出検査制度	種類	年月日	年月日
14. 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間	年月日	年月日	年月日
上記の通り証明します。		証明日	年月日
医療機関 病院(診療所)所在地		代表者署名	専任者署名
病院(診療所)名称・診療科			
電話番号			
医師名			

⑤ 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間 欄

- 医学的に、記載の傷病のため今の業務に就けない開始日と終了日（見込みを含む）をご記入ください。

その他

- 入院期間・手術・先進医療など、それぞれの欄に書ききれない場合には、誠に恐れ入りますが、お手元の白紙に該当する項目をご記入くださいますようお願いいたします。