

特定状態診断書兼参考意見書

U A ゼ ン セ ン 福 祉 共 済 互 助 会
全国労働者共済生活協同組合連合会 (こくみん共済 coop)

氏名	カルテ番号 ()			性別	男・女	生年月日	保険	健保 国保 労災 自賠 自費 その他 ()					
1. 傷病名				ICD10コード	傷病発生年月日			※必ず○印を付けてください。					
ア. 入院(手術)等の原因傷病名					年 月 日			医師推定・患者申告					
イ. アの原因					年 月 日			医師推定・患者申告					
ウ. 合併症					年 月 日			医師推定・患者申告					
入院の要否				要・不要 ⇒	要の場合はその期間			年 月 日 ~ 年 月 日					
2. 治療期間				初診	年 月 日 ~ 年 月 日 (終診・転院・現在加療中)								
日帰り入院は、入院基本料(○PC・短期滞在手術等基本料2・3含む)の算定がある入院に対して、入院日・退院日は同日を記入してください。				入院期間	①	年 月 日 ~ 年 月 日	退院・入院中・転入院	入院が必要と判断した日	年 月 日				
					②	年 月 日 ~ 年 月 日	退院・入院中・転入院		年 月 日				
					③	年 月 日 ~ 年 月 日	退院・入院中・転入院		年 月 日				
分娩を伴う入院期間のうち、公的医療保険制度の適用入院期間					年 月 日 ~ 年 月 日								
3. 前医または紹介医				有・無	医療機関名とその所在地	医師名							
4. 既往症				有・無	傷病名	医療機関名とその所在地							
5. 発症(受傷)から初診までの症状経過 (いつ頃からどのような自覚症状があり、なぜ受診するに至ったのか)、初診時の患者主訴および所見、初診以降の検査結果・治療内容													
患者申告の自覚症状発現時期 (年 月 日頃・不詳) ※事故・ケガが原因の場合には具体的な「他覚的所見の有無」を明記してください。													
6. 手術				有・無	ア.開頭術 イ.開胸術 ウ.開腹術 エ.胸腔鏡 オ.腹腔鏡 カ.眼科レーザー キ.経皮的 ク.経尿道的 ケ.経皮的 コ.内視鏡またはカテーテルサ.その他 ()	ア～サから選択	手術の内容						
公的医療保険制度にもとづき診療報酬点数表の手術料が算定された場合は、算定された手術コード・点数を記入してください。				①	手術名	診療報酬点数区分	手術日	部位	手術種類	筋骨手術の場合	植皮術・筋皮弁術の場合	口腔内手術の場合 顎骨に操作が	分娩に伴う場合 公的医療保険の
						K・J ()点	年 月 日	右 左 可側		観血 非観血	25 ml以上 25 ml未満	及ぶ 及ばない	適用あり 適用なし
						K・J ()点	年 月 日	右 左 可側		観血 非観血	25 ml以上 25 ml未満	及ぶ 及ばない	適用あり 適用なし
3 回目以降の手術があれば記入ください。													
7. 放射線治療・温熱療法				有・無	区分	M・L ()	部位	総線量	Gy	実施日(期間)	開始 終了	年 月 日 ()	実施回数 (回)
8. 先進医療				有・無	技術名	技術料	*先進医療にかかる自己負担金額	円	実施日(期間)	開始 終了	年 月 日 ()	実施回数 (回)	
9. 悪性新生物の場合				有 →	診断確定日	年 月 日	今回罹患する以前の悪性新生物の既往の有無	有・無	有病の場合	病名	診断時期	年 月 日	
				無 →	病理組織診断	病理組織診断名	国際疾病分類、腫瘍学コード (ICD-O-3)	区分	(p) TNM分類	T() N() M()			
						診断確定方法 (「その他」の場合はその詳細を記入ください。)	本人への悪性病名告知	有・無	皮膚癌の場合	悪性黒色腫ですか?	はい・いいえ		
10. 急性心筋梗塞の場合				初診日から60日経過時点で労働の制限を引き続き必要としましたか? (ここでいう労働の制限とは、軽い家事等の軽労働・事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。)							必要・不要		
11. 脳卒中の場合				初診日から60日経過時点で他覚的な神経学的後遺症 (言語障害・運動失調・麻痺等) が継続していませんか? はい・いいえ							「はい」の場合はその後遺症の詳細についてご記入ください		
12. 通院期間				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						
ここまで記載した傷病に関わる実通院日に○印を付けてください。(往診日を含みます)				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						
13. 固定具使用期間				年 月 日 ~ 年 月 日	固定具の種類	ギプス・シーネ・その他 ()							

14. 余命判断について

患者様の余命が6か月以内であることが、リビングニーズ共済金・在宅ホスピスケア共済金のお支払い要件となります。
先生は、この患者様がその要件を満たしているとお考えでしょうか。該当する項目に○印をご記入の上、その理由・所見をお聞かせ願います。

本診断書記入日において、余命は6か月以内と(ア.考える・イ.考えない)。

《理由・所見》

余命6か月以内の告知内容

1. 患者本人に(年 月 日)に余命は(か月)以内と告げた。
2. 患者本人に余命は告げていない。
3. 家族(家族名:)には(年 月 日)に余命は(か月)以内と告げた。
※上記の家族と患者の続柄()

上記の通り証明します。

証明日 年 月 日

住 所
名 称
診 療 科
電 話 番 号

医師氏名



* 訂正された場合には、必ず証明印による訂正印をお願いします。

LIAJ097-500-201908

特定状態診断書兼参考意見書の記入にあたって

この特定状態診断書兼参考意見書は、特定状態共済金のご請求に際して、お支払い事由に該当するか否かを確認させていただくための基礎資料となるため、各項目の情報が必須となります。

したがって、先生におかれましては、診断書の各項目をもれなくご記入いただくとともに、余命診断の参考になるとお考えになれる事項については、詳細かつ具体的にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、ご記入にあたり、何かご不明な点、ご質問等がございましたら、誠に恐れ入りますが、下記までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

こくみん共済coop 共済金センター Tel.0120-580-699

受付時間 平日 9:00~18:00/土曜 9:00~17:00
(日曜・祝日・年末年始は除きます)