

新生物(異形成を含む)の場合、右記のAからDまで行ったものはすべて記入ください。病理組織学的検査実施の場合、病理組織診断書を「結果概要」欄にご記入ください。

胸腔・腹腔ドレーナージ、ステント交換術、ポット留置などを含む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回のみの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。

1. 氏名 (フリガナ, カルテ番号, 性別, 生年月日)
2. 傷病名 (A. 入院・手術の原因となった傷病, B. アの原因, C. 合併症・併存疾患)
3. 診療期間 (初診, 年, 月, 日 ~ 年, 月, 日)
4. 新生物の場合 (A. 新生物(異形成を含む)に関する検査項目・検査概要, B. 診断確定日, C. 悪性・上皮内新生物の既往症, D. 悪性新生物の症状経過・経時的な推移)
5. 前医・紹介医 (有/無, 医療機関名, 初診日)
6. 入院期間 (1回目, 2回目, 3回目以降)
7. 通院日 (入院原因となった傷病に関わる通院の年月を記入の上、日付に印をご記入ください)
8. 手術 (種類, 手術・処置区分コード, 手術名, 手術日)
9. 放射線治療・電磁波温熱療法 (区分コード, 治療内容, 実施期間, 吸収線量合計)
10. 抗悪性腫瘍剤 (健保適用, 治療内容(薬剤名), 実施(投与・処方)期間)
11. 先進医療 (技術名, 実施日, 技術料)
12. 療養・就労制限に関する期間 (どのような業務にも従事せず自宅等で療養することを指示した期間, 家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動は制限を要する期間)

13. 脳卒中の場合 (初診日から60日経過した時点における中枢神経系後遺症)
上記の通り証明します。所在地 証明日 年 月 日
医療機関 名称・診療科 医師名
電話番号 印

