

入院・手術証明書(診断書)

(提出先) 防衛省職員生活協同組合

※手術を伴う入院、または31日以上入院の場合に提出してください。

1. 氏名	カルテ番号 ()	(男) (女)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
2. 傷病名			傷病発生年月日		
ア.入院(手術)原因傷病名	不明の場合は不詳と記入ください。いずれかに○をしてください。			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	
3. 治療期間	初診 年 月 日 ~ 年 月 日			終診 現在加療中	いずれかに○をしてください。
4. 入院期間	第1回目 入院	年 月 日 ~ 年 月 日	外泊(日)	退院 入院中	
	第2回目 入院	年 月 日 ~ 年 月 日	外泊(日)	退院 入院中	
	第3回目 入院	年 月 日 ~ 年 月 日	外泊(日)	退院 入院中	
4回目以降があれば記入して下さい。					
【分娩に伴う入院】	分娩を伴う入院期間のうち、健康保険非適用の期間をご記入ください。 年 月 日 ~ 年 月 日				
5. 前医紹介医	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 病名 医療機関・医師名 治療期間(年 月頃 ~ 年 月頃)	6. 既往症持病	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 病名 医療機関・医師名 治療期間		
7. 発症(受傷)から初診までの経過(いつからどのような症状があったか。)					
初診時の所見及びその後の経過(検査名及び結果・治療内容・経過等)					
8. 手術 (該当する項目に○印を付けて下さい。)	種類	(1) ア 開頭術 イ 穿頭術 (2) ア 開胸術 イ 胸腔鏡 (3) ア 開腹術 イ 腹腔鏡 (4) ファイバースコープまたはカテーテルによる手術・処置・治療 (5) ア 経皮的 イ 経尿道的 ウ 経腔的 エ レーザー オ その他()			
	内容	・筋骨関係の手術の場合(観血・非観血) ・手指・足指の手術の場合MP関節を含め中樞椎に(及ぶ・及ばない) ・植皮術・筋皮弁術の場合(25cm以上・25cm未満) ・筋・腱・靭帯に(及ぶ・及ばない) ・穿頭術の場合(新たな穿頭による・既存の穴を使用)			
		手術名		手術日	
	①	K・J - (- -)		年 月 日	
②	K・J - (- -)		年 月 日		
③	K・J - (- -)		年 月 日		
上記のとおり証明します。					
病院または診療所の所在地 名称 診療科 TEL			年 月 日 医師名 印		