

# 診断書様式作成にあたってのガイドライン

一般社団法人日本損害保険協会

2013年10月

## 目次

|               |   |
|---------------|---|
| 1. 本ガイドラインの目的 | 1 |
| 2. 本ガイドラインの改廃 | 1 |
| 3. 本ガイドラインの対象 | 2 |
| 4. 留意点        | 2 |

別表 1 : 標準的な診断書様式に採用する項目 (傷害保険)

別表 2 : 標準的な診断書様式に採用する項目 (医療保険)

別表 3 : 標準的な診断書様式に採用する項目 (所得補償保険)

## 1. 本ガイドラインの目的

損害保険事業においては、適時・適切かつ公平・公正な保険金のお支払を行うことが重要な責務である。

また、一般社団法人日本損害保険協会（以下、「損保協会」という）は、第6次中期基本計画（2012年度～2014年度）において、共通化・標準化の推進による消費者利便の向上と業務効率化を重点課題の一つと位置づけており、あらゆる事業分野においてこれらの取り組みを積極的に推進することとしている。

傷害や疾病を保険金の支払事由とする、いわゆる「第三分野」の商品においては、支払事由に関する必要な情報を取得するための客観的資料は診断書であるが、その様式は会員会社ごとに様々であるため、上記の責務および重点課題に照らし、次の点が課題となっている。

- ・診断書を発行する医療機関側の観点から、各損害保険会社間の診断書様式が統一されることにより、記載に要する負担が軽減され、かつ、記載しやすくなることが望ましい。
- ・損害保険会社の観点から、会員会社間の診断書様式が統一されることにより、的確な医療情報を得て適時・適切かつ公平・公正な保険金のお支払を一層推進し、併せて医療機関との連携に係る業務負担が軽減されることが望ましい。

このため、損保協会では、第三分野商品における主要な種目である傷害保険、医療保険、所得補償保険について診断書様式の標準化に向けた検討を行った。

本ガイドラインは、これらの背景を踏まえ、会員会社が診断書様式の作成を行うにあたっての基本的な考え方、標準的な診断書様式に採用する項目および留意点をとりまとめたものである。これにより会員会社の診断書様式がより標準的に作成されることを助長し、医療機関側の記載に要する負担の軽減を図るとともに、会員会社の業務効率化と適時・適切かつ公平・公正な保険金のお支払に資することを目的としている。

会員会社においては、診断書様式の作成にあたっては本ガイドラインの目的達成に留意しつつ、自社の商品および支払実務に照らしたうえで適切に作成することが期待される。

## 2. 本ガイドラインの改廃

本ガイドラインは社会環境等の変化を踏まえ、適宜、見直しを行うこととし、その改廃は損害サービス委員会の議決によることとする。

### 3. 本ガイドラインの対象

本ガイドラインは、第三分野商品のうち主要な種目である傷害保険、医療保険、所得補償保険を対象としたものである。ただし、他の種目（医療費用保険、介護費用保険、がん保険等）の診断書様式の作成にあたっては、実務上支障のない限り本ガイドラインを参考に作成することが望ましい。

### 4. 留意点

- 本ガイドラインは、会員会社が自主的に取組むための方向性を示したもので、その内容につき拘束力を有するものではない。また、別表1～3は、標準的な診断書において基本となる項目をとりまとめたものであり、会員会社において診断書様式を作成するにあたり特約を含む商品内容や支払実務に応じて項目を追加または削除することを妨げるものではない。
- 診断書様式の作成にあたっては、医療機関にとって記載しやすい診断書となるよう、例えば以下のような工夫を行うことが望ましい。
  - ・診断書様式に補足説明を記載する。
  - ・記載方法を可能な限り選択式としたり、簡潔な質問とするなど、表現やレイアウトに留意する。
  - ・必要に応じて、医療機関の意見・要望等を踏まえる。
- 保険金請求書類として、診断書以外に代用できる書類があればその書類の活用を検討することも考えられる。

以 上

2013年10月15日 策定

(別表1) 標準的な診断書様式に採用する項目【傷害保険】

| 基本項目       |                            | 追加項目  |  |
|------------|----------------------------|---|--|
| 聞き方の順番     | 項目名                        | 医師への質問  | 医師の回答の選択肢  |
| 傷病者に関する項目  |                            |   |  |
| はじめ        | 氏名                         | 患者様の氏名・カルテ番号・性別・生年月日・職業を記入してください。   |  |
|            | カルテ番号                      |   |  |
|            | 性別                         |   |  |
|            | 生年月日                       |   |  |
|            | 職業                         |   |  |
|            | 健保使用状況                     |   | 該当するものに○をつけてください。  |
|            | 住所                         | 患者様の住所を記入してください。  |  |
| 傷病に関する項目   |                            |   |  |
|            | 1 傷病名                      | 入院・手術等の原因（契機）となった傷病名を記入してください。  |  |
|            | 2 発症・受傷の原因                 | 発症・受傷の原因を記入してください。  |  |
|            | 3 受傷部位・態様                  | 発症部位と態様を記入してください。   |  |
|            | 4 傷病発生年月日                  | 傷病発生年月日を記入してください。   | X年X月X日   |
|            | 5 初診から現在までの経過（治療状況および治療内容） | 初診から現在までの経過を記入してください。   |  |
|            | 6 請求意思能力の有無                | 請求意思能力の有無を記入してください。   | 有・無  |
| 後遺障害に関する見込 |                            |   |  |
|            | 1 残存見込の有無                  | 後遺障害の残存見込みはありますか。   | 有・無・未定   |
|            | 2 残存見込の内容                  | 有・未定の場合は残存見込みの内容を記入してください。  |  |
|            | 3 症状固定見込年月                 | 症状固定見込年月を記入してください。  | X年X月X日   |
| 治療状況に関する項目 |                            |   |  |
| 1          | 異常所見                       | 頭部症候群（むちうち症）、腰痛の場合<br>医学的他覚所見（理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等で認められる異常所見）、画像所見（X-P・MRI・CT等）はありますか。 | 無・有（ ）   |
|            | その他の異常所見                   | その他の異常所見はありますか。   | 異常 無・有（ ）  |
|            | 治療に影響をおよぼした既往症の有無          | 治療に影響をおよぼした既往症はありますか。   | 有・無  |
|            | 治療に影響をおよぼした既往症の傷病名         | 治療に影響をおよぼした既往症の傷病名を記入してください。  |  |
|            | 5 当該傷病の治療歴                 | 治療歴（病院名、内容）を記入してください。   | 無・有（X年X月X日～X年X月X日）<br>病院名（ ）<br>内容（ ）  |
| 治療期間に関する項目 |                            |   |  |
|            | 1 初診日                      | 初診日を記入してください。   | X年X月X日   |
|            | 2 現在の治療状況                  | 該当するものに○をつけてください。   | 治療・継続・中止・転医  |
|            | 3 入院期間                     | 入院期間を記入してください。  | X年X月X日～X年X月X日  |
|            | 4 通院期間、実通院日数               | 通院した日にちに○をつけてください。  | 7ヶ月カレンダー   |
| 手術に関する項目   |                            |   |  |
|            | 1 手術日                      | 手術日を記入してください。   | X年X月X日   |
|            | 2 手術名                      | 手術名を記入してください。   |  |
| 3          | 手術の種類                      | 今回の傷病に対して実施した手術を記入してください。   | 「開頭術」・「開胸術」・「開腹術」・「その他（ ）」   |
|            |                            |   | 「胸腔鏡下手術」・「穿頭術」・「腹腔鏡下手術」・「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療」・「経皮的」・「経尿道的」・「経腔的」・「レーザー」・創傷処理・「その他（ ）」 |

基本項目に加えて追加で質問する項目（会社により異なる）

・身体障害者手帳の級の見込み

- ・入院治療期間内の特定集中治療室管理期間
- ・入院治療中の外泊日数
- ・合併症単独で入院の必要性が認められる場合の入院期間

- ・手術の有無
- ・手術の目的

|                        |                                 |  |   |  |
|------------------------|---------------------------------|--|---|--|
| 4                      | 手術の内容                           | 手術の内容を記入してください。                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術（観血・非観血）</li> <li>・植皮（皮弁）術の場合、面積（25cm<sup>2</sup>以上、25cm<sup>2</sup>未満）</li> <li>・手・足の手術の場合、MP関節を含めて中枢側に（及ぶ・及ばない）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・穿頭孔を経由した手術の場合に新たな穿頭を実施したか既存の穿頭穴を使用したか</li> <li>・口腔内手術の場合に顎骨に達する手術か</li> <li>・骨内異物除去術の場合に抜釘かその他か</li> <li>・骨・関節・神経に及ぶ手術か</li> <li>・ドレナージの場合に「持続的」「穿刺」「その他」のいずれか</li> <li>・骨移植術の場合に「採骨部位」</li> <li>・瘢痕形成術の場合に「瘢痕の長さ」</li> <li>・シャント血管拡張（血管形成）の場合に「観血的」か「経皮的」か</li> </ul> |
| 5                      | 診療報酬点数手術区分番号                    | 区分番号を記入してください。                         | K・J（ ）  |  |
| 固定具に関する項目              |                                 |  |   |  |
| 1                      | 固定具使用の有無                        | 固定具の使用はありますか。                          | 有・無   |  |
| 2                      | 固定具名                            | 固定具名を記入してください。                         | ギプス・ギプスシャーレ・シーネ・ギプスシーネ・その他（ ）   |  |
| 3                      | 固定部位                            | 固定部位を記入してください。                         |   |  |
| 4                      | 常時装着期間                          | 固定具の常時装着期間を記入してください。                   | X年X月X日～X年X月X日   |  |
| 平常の業務・生活に支障のある期間に関する項目 |                                 |  |   |  |
| 1                      | 医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間の有無 | 医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間はありますか。    | 有・無   |  |
| 2                      | 医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間    | 医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間を記入してください。 | X年X月X日～X年X月X日   |  |
| 3                      | 平常の業務・生活に支障のある期間の有無             | 平常の業務・生活に支障のある期間はありますか。                | 有・無   |  |
| 4                      | 平常の業務・生活に支障のある期間                | 平常の業務・生活に支障のある期間を記入してください。             | X年X月X日～X年X月X日   |  |
| 先進医療に関する項目             |                                 |  |   |  |
| 1                      | 先進医療実施の有無                       | 先進医療を実施しましたか。                          | はい・いいえ  |  |
| 2                      | 先進医療の技術名                        | 先進医療の技術名を記入してください。                     |   |  |
| 3                      | 先進医療による治療実施期間                   | 治療実施期間を記入してください。                       | X年X月X日～X年X月X日   | 治療実施回数を記入してください。   |
| 4                      | 先進治療に係る届出受理日                    | 届出受理日を記入してください。                        | X年X月X日  |  |
| 医療機関に関する項目             |                                 |  |   |  |
| 1                      | 記入日（証明日）                        |  |   |  |
| 2                      | 所在地                             |  |   |  |
| 3                      | 医療機関名                           |  |   |  |
| 4                      | 電話番号                            |  |   |  |
| 5                      | 診療科名                            |  |   |  |
| 6                      | 医師氏名                            |  |   |  |
| 7                      | 印                               |  |   |  |

(別表2) 標準的な診断書様式に採用する項目【医療保険】

| 基本項目                  |                    | 追加項目                           |                                       |
|-----------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| 聞き方の順番                | 項目名                | 医師への質問                         | 医師の回答の選択肢                             |
| 傷病者に関する項目             |                    |                                |                                       |
| はじめ                   | 氏名                 | 患者様の氏名・カルテ番号・性別・生年月日を記入してください。 |                                       |
|                       | カルテ番号              |                                |                                       |
|                       | 性別                 |                                |                                       |
|                       | 生年月日               |                                |                                       |
| 傷病に関する項目              |                    |                                |                                       |
| 1                     | 傷病名                | 入院・手術等の原因(契機)となった傷病名を記入してください。 |                                       |
| 2                     | ICD-10コード          | ICD-10コードを記入してください。            |                                       |
| 3                     | 傷病発生年月日            | 傷病発生年月日を記入してください。              | X年X月X日(医師推定・患者申告)                     |
| 4                     | 初診から現在までの経過        | 初診から現在までの経過を記入してください。          |                                       |
| 5                     | 請求意思能力の有無          | 請求意思能力の有無を記入してください。            | 有・無                                   |
| 6                     | 入院・手術等の原因になった傷病の原因 | 入院・手術等の原因になった傷病の原因を記入してください。   |                                       |
| 合併症に関する項目             |                    |                                |                                       |
| 1                     | 合併症(傷病名)           | 合併症の傷病名を記入してください。              |                                       |
| 2                     | 合併症のICD-10コード      | 合併症のICD-10コードを記入してください。        |                                       |
| 3                     | 合併症の傷病発生年月日        | 合併症の傷病発生年月日を記入してください。          | X年X月X日                                |
| 悪性新生物・上皮内新生物の場合に関する項目 |                    |                                |                                       |
| 1                     | 病理組織診断結果の有無        | 病理組織診断結果の有無を記入してください。          | 有・無                                   |
| 2                     | 病理組織診断名            | 病理組織診断名を記入してください。              |                                       |
| 3                     | TNM分類              | TNM分類を記入してください。                | T( )N( )M( )                          |
| 4                     | 新生物の種類             | 悪性新生物の種類を記入してください。             | 上皮内新生物(CINⅢ・VINⅢ・VAINⅢ、上皮内癌)・その他      |
| 5                     | 診断確定日              | 診断確定日を記入してください。                | X年X月X日                                |
| 6                     | 診断方法               | 診断方法を記入してください。                 | 病理組織学的検査・細胞学的検査・画像診断・内視鏡検査・その他( )     |
| 7                     | 罹患歴                | 今回がはじめての悪性新生物罹患ですか。            | はい・いいえ                                |
| 8                     | 区分                 | 今回の悪性新生物の区分を記入してください。          | 原発・再発・転移                              |
| 9                     | 悪性告知・本人あての有無       | 本人あてに告知はありますか。                 | 有・無                                   |
| 10                    | 悪性告知・本人あての告知日      | 本人に告知した日を記入してください。             | X年X月X日                                |
| 11                    | 悪性告知・本人あての病名       | 本人に告げた病名を記入してください。             |                                       |
| 12                    | 悪性告知・家族あての有無       | 家族あてに告知はありますか。                 | 有・無                                   |
| 13                    | 悪性告知・家族あての告知者名     | どなたあてに告知しましたか。                 |                                       |
| 14                    | 悪性告知・家族あての告知日      | 家族に告知した日を記入してください。             | X年X月X日                                |
| 15                    | 悪性告知・家族あての病名       | 家族に告げた病名を記入してください。             |                                       |
| 治療状況に関する項目            |                    |                                |                                       |
| 1                     | その他の異常所見           | その他の異常所見はありますか。                | 異常 無・有( )                             |
| 2                     | 治療に影響をおよぼした既往症の有無  | 治療に影響をおよぼした既往症はありますか。          | 有・無                                   |
| 3                     | 治療に影響をおよぼした既往症の傷病名 | 治療に影響をおよぼした既往症の傷病名を記入してください。   |                                       |
| 4                     | 当該傷病の治療歴           | 治療歴(病院名、内容)を記入してください。          | 無・有(X年X月X日～X年X月X日)<br>病院名( )<br>内容( ) |
| 5                     | 前医・紹介医の有無          | 前医・紹介医について該当するものに○をつけてください。    | 有・無                                   |
| 治療期間に関する項目            |                    |                                |                                       |
| 1                     | 初診日                | 初診日を記入してください。                  | X年X月X日                                |
| 2                     | 現在の治療状況            | 該当するものに○をつけてください。              | 治療・継続・中止・転医                           |
| 3                     | 入院期間               | 入院期間を記入してください。                 | X年X月X日～X年X月X日                         |
| 4                     | 通院期間、実通院日数         | 通院した日にちに○をつけてください。             | 7ヶ月カレンダー                              |

・急性心筋梗塞の場合、初診時から60日時点で軽労働・座業以上の労働の制限をひき続き必要かの要否  
・脳卒中の場合 初診時から60日時点での言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症の継続の有無

・合併症の傷病発生年月日の特定者

・診断病名  
・医師名  
・治療機関名、所在地  
・治療状況  
・初診日年月日、治療期間  
・電話番号

・入院治療期間内の特定集中治療室管理期間  
・入院治療中の外泊日数  
・合併症単独で入院の必要性が認められる場合の入院期間

|              |                    |                       |  |
|--------------|--------------------|-----------------------|--|
| 放射線治療等に関する項目 |                    |                       |  |
| 1            | 放射線照射法             | 該当するものに○をつけてください。     | 体外照射・密封小線源・ガンマナイフ等の定位照射・その他（ ）   |
| 2            | 放射線照射の部位           | 部位を記入してください。          |  |
| 3            | 放射線照射の期間           | 期間を記入してください。          | X年X月X日～X年X月X日  |
| 4            | 放射線照射の総線量          | 総線量を記入してください。         | ( ) Gy   |
| 手術に関する項目     |                    |                       |  |
| 1            | 手術日                | 手術日を記入してください。         | X年X月X日   |
| 2            | 手術名                | 手術名を記入してください。         |  |
| 3            | 手術の種類              | 手術の種類を記入してください。       | 「開頭術」・「開胸術」・「開腹術」・「その他（ ）」   |
| 4            | 手術の内容              | 手術の内容を記入してください。       | <ul style="list-style-type: none"> <li>骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術（観血・非観血）</li> <li>植皮（皮弁）術の場合、面積（25cm<sup>2</sup>以上、25cm<sup>2</sup>未満）</li> <li>手・足の手術の場合、MP関節を含めて中枢側に（及ぶ・及ばない）</li> </ul> |
| 5            | 診療報酬点数手術区分番号       | 区分番号を記入してください。        | K・J（ ）   |
| 先進医療に関する項目   |                    |                       |  |
| 1            | 先進医療実施の有無          | 先進医療を実施しましたか。         | はい・いいえ   |
| 2            | 先進医療の技術名           | 先進医療の技術名を記入してください。    |  |
| 3            | 先進医療による治療実施期間      | 治療実施期間を記入してください。      | X年X月X日～X年X月X日  |
| 4            | 受療者が支払った先進医療の「技術料」 | 受療者が支払った技術料を記入してください。 | ( ) 円  |
| 5            | 先進治療に係る届出受理日       | 届出受理日を記入してください。       | X年X月X日   |
| 医療機関に関する項目   |                    |                       |  |
| 1            | 記入日（証明日）           |                       |  |
| 2            | 所在地                |                       |  |
| 3            | 医療機関名              |                       |  |
| 4            | 電話番号               |                       |  |
| 5            | 診療科名               |                       |  |
| 6            | 医師氏名               |                       |  |
| 7            | 印                  |                       |  |

「穿頭術」・「胸腔鏡下手術」・「腹腔鏡下手術」・「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療」・「経皮的」・「経尿道的」・「経腔的」・「レーザー」・創傷処理・「その他（ ）」

・穿頭孔を経由した手術の場合に新たな穿頭を実施したか既存の穿頭穴を使用したか  
 ・口腔内手術の場合に顎骨に達する手術か  
 ・骨内異物除去術の場合に抜釘かその他か  
 ・骨・関節・神経に及ぶ手術か  
 ・ドレナージの場合に「持続的」「穿刺」「その他」のいずれか  
 ・骨移植術の場合に「採骨部位」  
 ・瘢痕形成術の場合に「瘢痕の長さ」  
 ・シャント血管拡張（血管形成）の場合に「観血的」か「経皮的」か



(別表3) 標準的な診断書様式に採用する項目【所得補償保険】

| 基本項目       | 項目名                |   | 医師への質問             | 医師の回答の選択肢                             | 追加項目  |
|------------|--------------------|---|--------------------|---------------------------------------|---|
| 聞き方の順番     |                    |   |                    |                                       | 基本項目に加えて追加で質問する項目(会社により異なる)                                       |
| 傷病者に関する項目  |                    |   |                    |                                       |   |
| はじめ        | 氏名                 | 患者様の氏名・カルテ番号・性別・生年月日・職業を記入してください。   |                    |                                       |   |
|            | カルテ番号              |   |                    |                                       |   |
|            | 性別                 |   |                    |                                       |   |
|            | 生年月日               |   |                    |                                       |   |
|            | 職業                 |   |                    |                                       |   |
|            | 健保使用状況             | 該当するものに○をつけてください。   | 健保・国保・労災・自費・その他( ) |                                       |   |
| 住所         | 患者様の住所を記入してください。   |   |                    |                                       |   |
| 傷病に関する項目   |                    |   |                    |                                       |   |
| 1          | 傷病名                | 入院・手術等の原因(契機)となった傷病名を記入してください。  |                    |                                       |   |
| 2          | ICD-10コード          | ICD-10コードを記入してください。   |                    |                                       |   |
| 3          | 発症・受傷の原因           | 発症・受傷の原因を記入してください。  |                    |                                       |   |
| 4          | 傷病発生年月日            | 傷病発生年月日を記入してください。   |                    | X年X月X日                                |   |
| 5          | 初診から現在までの経過        | 初診から現在までの経過を記入してください。   |                    |                                       |   |
| 6          | 病名告知・本人あての有無       | 本人あてに告知はありますか。  |                    | 有・無                                   |   |
| 7          | 病名告知・本人あての告知日      | 本人に告知した日を記入してください。  |                    | X年X月X日                                |   |
| 8          | 病名告知・本人あての病名       | 本人に告げた病名を記入してください。  |                    |                                       |   |
| 9          | 病名告知・家族あての有無       | 家族あてに告知はありますか。  |                    | 有・無                                   |   |
| 10         | 病名告知・家族あての告知者名     | どなたあてに告知しましたか。  |                    |                                       |   |
| 11         | 病名告知・家族あての告知日      | 家族に告知した日を記入してください。  |                    | X年X月X日                                |   |
| 12         | 病名告知・家族あての病名       | 家族に告げた病名を記入してください。  |                    |                                       |   |
| 13         | 請求意思能力の有無          | 請求意思能力の有無を記入してください。   |                    | 有・無                                   |   |
| 合併症に関する項目  |                    |   |                    |                                       |   |
| 1          | 合併症(傷病名)           | 合併症の傷病名を記入してください。   |                    |                                       |   |
| 2          | 合併症のICD-10コード      | 合併症のICD-10コードを記入してください。   |                    |                                       |   |
| 3          | 合併症の傷病発生年月日        | 合併症の傷病発生年月日を記入してください。   |                    | X年X月X日                                | ・合併症の傷病発生年月日の特定者  |
| 後遺障害に関する見込 |                    |   |                    |                                       |   |
| 1          | 残存見込の有無            | 後遺障害の残存見込みはありますか。   |                    | 有・無・未定                                | ・身体障害者手帳の級の見込み  |
| 2          | 残存見込の内容            | 有・未定の場合は残存見込みの内容を記入してください。  |                    |                                       |   |
| 3          | 症状固定見込年月           | 症状固定見込年月を記入してください。  |                    | X年X月X日                                |   |
| 治療状況に関する項目 |                    |   |                    |                                       |   |
| 1          | 他覚所見の有無、検査結果、画像所見  | 頸部症候群(むちうち症)、腰痛の場合<br>医学的他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等)で認められる異常所見、画像所見(X-P・MRI・CT等)はありますか。 |                    | 無・有( )                                |   |
| 2          | その他の異常所見           | その他の異常所見はありますか。   |                    | 異常 無・有( )                             |   |
| 3          | 治療に影響をおよぼした既往症の有無  | 治療に影響をおよぼした既往症はありますか。   |                    |                                       |   |
| 4          | 治療に影響をおよぼした既往症の傷病名 | 治療に影響をおよぼした既往症の傷病名を記入してください。  |                    |                                       |   |
| 5          | 当該傷病の治療歴           | 治癒歴(病院名、内容)を記入してください。   |                    | 無・有(X年X月X日~X年X月X日)<br>病院名( )<br>内容( ) |   |
| 6          | 前医・紹介医の有無          | 前医・紹介医について該当するものに○をつけてください。   |                    | 有・無                                   | ・診断病名<br>・医師名<br>・治療機関名、所在地<br>・治療状況<br>・初診日年月日、治療期間<br>・電話番号     |
| 治療期間に関する項目 |                    |   |                    |                                       |   |
| 1          | 初診日                | 初診日を記入してください。   |                    | X年X月X日                                |   |
| 2          | 現在の治療状況            | 該当するものに○をつけてください。   |                    | 治療・継続・中止・転医                           |   |
| 3          | 入院期間               | 入院期間を記入してください。  |                    | X年X月X日~X年X月X日                         | ・入院治療期間内の特定集中治療室管理期間<br>・入院治療中の外泊日数<br>・合併症単独で入院の必要性が認められる場合の入院期間 |
| 4          | 通院期間、実通院日数         | 通院した日にちに○をつけてください。  |                    | 7ヶ月カレンダー                              |   |

| 手術に関する項目               |                                 |  |   |
|------------------------|---------------------------------|--|---|
| 1                      | 手術日                             | 手術日を記入してください。                          | X年X月X日  |
| 2                      | 手術名                             | 手術名を記入してください。                          |   |
| 3                      | 手術の種類                           | 今回の傷病に対して実施した手術を記入してください。              | 「開頭術」・「開胸術」・「開腹術」・「その他（ ）」  |
| 4                      | 手術の内容                           | 手術の内容を記入してください。                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術（観血・非観血）</li> <li>・植皮（皮弁）術の場合、面積（25cm<sup>2</sup>以上、25cm<sup>2</sup>未満）</li> <li>・手・足の手術の場合、MP関節を含めて中枢側に（及ぶ・及ばない）</li> </ul> |
| 5                      | 診療報酬点数手術区分番号                    | 区分番号を記入してください。                         | K・J（ ）  |
| 固定具に関する項目              |                                 |  |   |
| 1                      | 固定具使用の有無                        | 固定具の使用はありますか。                          | 有・無   |
| 2                      | 固定具名                            | 固定具名を記入してください。                         | ギプス・ギプスシャーレ・シーネ・ギプスシーネ・その他（ ）   |
| 3                      | 固定部位                            | 固定部位を記入してください。                         |   |
| 4                      | 常時装着期間                          | 固定具の常時装着期間を記入してください。                   | X年X月X日～X年X月X日   |
| 平常の業務・生活に支障のある期間に関する項目 |                                 |  |   |
| 1                      | 医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間の有無 | 医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断される期間がありますか。    | 有・無   |
| 2                      | 医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間    | 医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断される期間を記入してください。 | X年X月X日～X年X月X日   |
| 医療機関に関する項目             |                                 |  |   |
| 1                      | 記入日（証明日）                        |  |   |
| 2                      | 所在地                             |  |   |
| 3                      | 医療機関名                           |  |   |
| 4                      | 電話番号                            |  |   |
| 5                      | 診療科名                            |  |   |
| 6                      | 医師氏名                            |  |   |
| 7                      | 印                               |  |   |