

入院・通院（手術）証明書（診断書）

一般社団法人 全国酪農協会 御中

1. 氏名	カルテ番号 ()	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日				
2.	傷病名	傷病発生年月日							
ア 入院(手術)の原因となった傷病名		年 月 日	いずれかに 印をしてください						
イ アの原因		.	.	医師推定・患者申告					
ウ 合併症		.	.	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				
4.	第1回入院	年 月 日	～	年 月 日	退院 現在入院中				
入院期間	第2回入院	年 月 日	～	年 月 日	退院 現在入院中				
5.	上項2ア・イの治療を目的とした通院治療日に 印をつけてください。				合計				
通院	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			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			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			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			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			日				
6. 固定具使用の場合	使用期間 使用固定具	年 月 日 ～ 年 月 日 ギプス・シーネ・ポリネック・コルセット・その他()							
7. 前医または紹介医	有	医療機関名	医師名						
	無	初診日	年 月 日	(おわかりになれば記入してください)					
8. 既往症持病	有	(有の場合、病名・医療機関名・治療期間などおわかりになれば記入してください)							
	無								
9. ・初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過、他覚所見等) ・手術および処置等については、下記11項にご記入ください。									
10. がんの場合	本人への病名告知:「なし」の場合のみチェックをしてください <input type="checkbox"/>								
11. 手術・処置欄 処置として施行の場合は、項目番号を で囲んでください	手術の種類	開頭術	穿頭術	開胸術	胸腔鏡	開腹術	腹腔鏡	開心術	
		ファイバースコープまたはカテテルによる手術		レーザー	その他				
		手術名または処置名 (処置として行った場合は項目番号を で囲んでください)			上記手術の種類・番号	手術施行日			
	1					年 月 日			
	2					年 月 日			
	3					年 月 日			
	4					年 月 日			
	5					年 月 日			
		・骨・関節・筋・腱・靭帯・その他に対する手術の場合			観血	非観血			
		・筋・腱・靭帯に対する手術の場合、筋・腱・靭帯そのものに			処置を行う	処置を伴わない			
	・手指・足指の手術の場合、MP関節を含めて中枢側に			及ぶ	及ばない				
	・植皮術(皮弁術)の場合、植皮面積は			25cm ² 以上	25cm ² 未満				
12. 放射線照射	部位		期間	開始 終了	年 月 日 年 月 日	総線量	グレイ		
上記のとおり証明します。						令和	年	月	日
病院または診療所の		所在地	名称	電話番号	医師氏名	印			

(お願い) 訂正された場合は、必ず証明印による訂正印をお願いします。追記と複写の場合は、証明印をお願いします。