都道府県民共済・全国共済
全国生活協同組合連合会

診断書兼入通院証明書

カルテNo.

1 健　保	2 国　保	3 労　災
4 自　費	5 自賠責	6その他（　）

1. 氏名		男・女	生年月日	職業	
			昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）		

2. 傷病名		傷病発生年月日	
ア 入通院(診断確定)等の原因となった傷病名	（ICD−10コード）	平成・令和　年　月　日	医師推定・患者申告
イ アの原因	疾病・外傷	平成・令和　年　月　日	医師推定・患者申告

3. 同時治療の疾病	5. 既往症	病名	治療期間	診療医
無・有 ⇒（病名　初診日　年　月　日）	無・有	①	入院　年　月　日～　年　月　日 通院　年　月　日～　年　月　日	
今回の治療への影響　無・有		②	入院　年　月　日～　年　月　日 通院　年　月　日～　年　月　日	

4. 前医又は紹介医 無・有	初診日（往診含む）	医療機関名
	年　月　日	

6. 治療期間		1回目	2回目
	初診 平成・令和　年　月　日	入院 平・令　年　月　日	入院 平・令　年　月　日
	終診 平成・令和　年　月　日	退院 平・令　年　月　日	退院 平・令　年　月　日
	（　年　月　日現在加療中）	（　年　月　日現在入院中）	（　年　月　日現在入院中）
		入院日数　日（うち外泊日数　日）	入院日数　日（うち外泊日数　日）

7. 悪性新生物、上皮内新生物治療の通院期間　自 平・令　年　月　日 ～ 至 平・令　年　月　日（通院日数　日※往診を含む）

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	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
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	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
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	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
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	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
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	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
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	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

8. 転帰　ア 治癒　イ 退院、外来治療中　ウ 転医入院中　エ 転医通院中　オ 中止　カ その他（　）

9. 発病から初診までの経過（いつ頃からどのような症状があったかをご記入ください。）

初診時の所見および経過（診断確定までの経過、入通院中の検査結果、治療内容などについて詳細にご記入ください。）

10. 悪性新生物・上皮内新生物の場合
- 診断確定日　平・令　年　月　日
- 診断手段　細胞診検査・病理組織検査・その他（　）
- がん告知　[告知の相手方] 患者本人・配偶者・その他（氏名　本人との続柄：　）
- 告知年月日　平・令　年　月　日
- 本人に告げていない場合　患者本人には、病名を（　）と告げた。

上記の傷病は上皮内癌・粘膜内癌ですか？ いいえ・はい　皮膚癌の場合：悪性黒色腫ですか？ いいえ・はい

11. 診療報酬点数が発生した手術（該当項目に○印をつけてください）

手術の種類：1 開頭・開胸・開腹　2 内視鏡またはカテーテルによる手術　3 創傷処理　4 皮膚切開術　5 デブリードマン　6 抜歯　7 その他（　）

・筋骨格系手術の場合（観血・非観血）　・植皮術の場合（面積　㎠）

手術名及び手術日

※診療報酬点数表の正式手術名、区分番号（歯科の場合はJ）、算定された手術診療報酬点数をご記入ください。
※次の加算がある場合、その点数も合わせてご記入ください。

休日加算　深夜加算　1,500㎠未満加算　乳幼児加算　時間外加算　手術医療機器等加算　新生児加算　その他（　）　加算を含む

（1）　年　月　日（K・J　−　）　点

（2）　年　月　日（K・J　−　）　点

12. 診療報酬点数が発生した放射線照射及び電磁波温熱療法

照射部位	
期間	開始　年　月　日 終了　年　月　日
総線量	グレイ
手術区分番号	M　−
期間内診療報酬総点数	点

13. 先進医療	治療の種類	治療の実施日　年　月　日 ～ 年　月　日
	受療者が支払った先進医療のみの技術料　円	貴院が保険診療と併用できることとなった日　年　月　日

上記のとおり証明（診断）します。　年　月　日

病院または診療所の　所在地　診療科

名称

（電話番号）　医師氏名　印

FJCC-110-202404

※通院治療日と往診による治療日に○印を付けてください。

※訂正がある場合には必ず訂正印を押印してください。

※3. 4. 5. 欄も記入漏れがないようお願いします。

ご記入にあたってのお願い

～ご担当の先生へ～

「診断書兼入通院証明書」は、共済金のお支払いを判断させていただくうえで必要な書類であり、また、患者様に対して迅速にお支払いするうえでも極めて大切な書類です。

お忙しいことと拝察いたしますが、正確なご記入をよろしくお願い申しあげます。

傷病名・原因につきましては具体的に、複数ある場合は全てご記入ください。なお、ICD-10コードもあわせてご記入ください。
また、疾病・外傷のいずれかに〇印をお願いいたします。

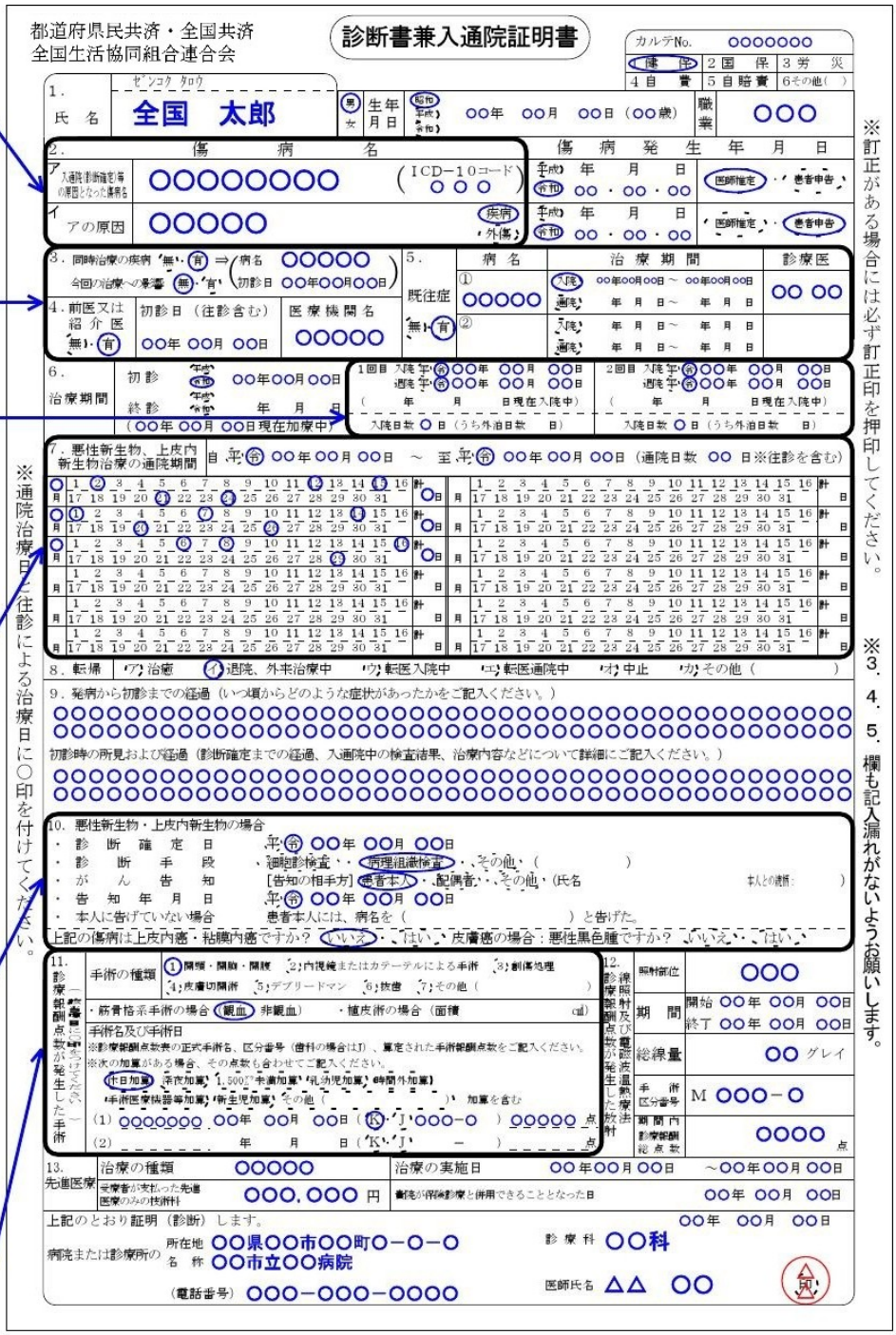
患者様の前医、既往症（他院での治療も含みます）等をご記入ください。

入院が３回以上の場合は、「９．発病から初診までの経過」欄に追記してください。

悪性新生物、上皮内新生物の通院治療がありましたら、通院期間および通院日数をご記入いただき、通院日に〇印をご記入ください。

悪性新生物・上皮内新生物の場合は、診断確定日、診断手段（その他の場合は検査名）、がん告知の相手方（その他の場合は氏名および患者本人との続柄）、告知年月日等をご記入ください。
※本人にがん告知をしていない場合は、患者本人へ告知した病名もご記入ください。

手術が３回以上の場合は、「９．発病から初診までの経過」欄に追記してください。


都道府県民共済・全国共済
全国生活協同組合連合会
診断書兼入通院証明書
カルテNo. 〇〇〇〇〇〇〇
1. 氏名 全国 太郎
生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日（〇〇歳）
職業 〇〇〇
2. 傷病名
ア 入院診療確定等の原因となった傷病名 〇〇〇〇〇〇〇〇 (ICD-10コード 〇〇〇)
イ アの原因 〇〇〇〇〇
傷病発生年月日
3. 同時治療の疾病 無・有 ⇒ 病名 〇〇〇〇〇
今回の治療への影響 無・有 初診日 〇〇年〇〇月〇〇日
4. 前医又は紹介医 無・有
初診日（往診含む） 〇〇年 〇〇月 〇〇日
医療機関名 〇〇〇〇〇
5. 既往症 無・有
病名 治療期間 診療医
① 〇〇〇〇〇 入院 〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 〇〇年〇〇月〇〇日 通院 年 月 日～ 年 月 日 〇〇 〇〇
② 入院 年 月 日～ 年 月 日 通院 年 月 日～ 年 月 日
6. 治療期間
初診 〇〇年〇〇月〇〇日
終診 年 月 日
（〇〇年 〇〇月 〇〇日現在加療中）
1回目 入院 〇〇年 〇〇月 〇〇日 通院 〇〇年 〇〇月 〇〇日 （ 年 月 日現在入院中） 入院日数 〇 日（うち外泊日数 日）
2回目 入院 〇〇年 〇〇月 〇〇日 通院 〇〇年 〇〇月 〇〇日 （ 年 月 日現在入院中） 入院日数 〇 日（うち外泊日数 日）
7. 悪性新生物、上皮内新生物治療の通院期間 自 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ～ 至 〇〇年 〇〇月 〇〇日（通院日数 〇〇 日※往診を含む）
8. 転帰 ア）治癒 イ）退院、外来治療中 ウ）転医入院中 エ）転医通院中 オ）中止 カ）その他（ ）
9. 発病から初診までの経過（いつ頃からどのような症状があったかをご記入ください。）
〇〇〇〇〇〇〇〇