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（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（　）

氏　名		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）	職業	

受傷日	平成・令和　年　月　日	ア 傷病名		イ アの原因		疾病・外傷
初診日	平成・令和　年　月　日					

主訴および治療内容・他覚所見

受傷（発病）から初診までの経過、初診時以降の具体的な症状推移および治療内容

他覚症状および検査結果（異常所見がある場合にご記入ください。）

入院

自 平・令　年　月　日
至 平・令　年　月　日
（　年　月　日現在入院中）

入院日数（　日）うち外泊日数（　日）

外出・外泊

無　有 → 医師指示　自己都合

外出日をご記入ください。
（　）

外泊日をご記入ください。
（　）

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（　）

通院

自 平・令　年　月　日
至 平・令　年　月　日

実通院日数（　日）

固定具使用期間

① 石膏ギプス・プラスチックキャスト（患者側による取り外しが不可能なもの。ただし、シーネ・シャーレは②へ）

固定部位（　）
固定期間　年　月　日～　年　月　日

② ①以外の固定具

※内固定、サポーター、テーピング、三角巾、包帯、絆創膏等は除く

シーネ　シャーレ　装具　（その他：　）

固定部位（　）
固定期間　年　月　日～　年　月　日

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（観血・非観血）　植皮術（面積　㎠）

手術名および手術日

※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

実通院治療日に○印をつけてください

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日

後遺障害の内容（精神・神経・運動機能に障害を残す場合は、特に詳しくご記入ください）

上記後遺障害の軽減の見込み：無・有

同時治療の疾病　無・有 ⇒（病名　初診日　年　月　日）
今回の治療への影響　無・有

前医又は紹介医 無・有	初診日	医療機関名
	年　月　日	

既往症 無・有

病　名	治療期間	診療医
1.	入院 年 月 日～ 年 月 日まで 通院 年 月 日～ 年 月 日まで	
2.	入院 年 月 日～ 年 月 日まで 通院 年 月 日～ 年 月 日まで	

上記のとおり診断（証明）します。

年　月　日

病院・診療所　所在地
名　称

診療科

医師氏名　印

（電話番号）

FJCC-108-202404

※訂正がある場合には必ず訂正印を押印してください。

ご記入にあたってのお願い

～ご担当の先生へ～

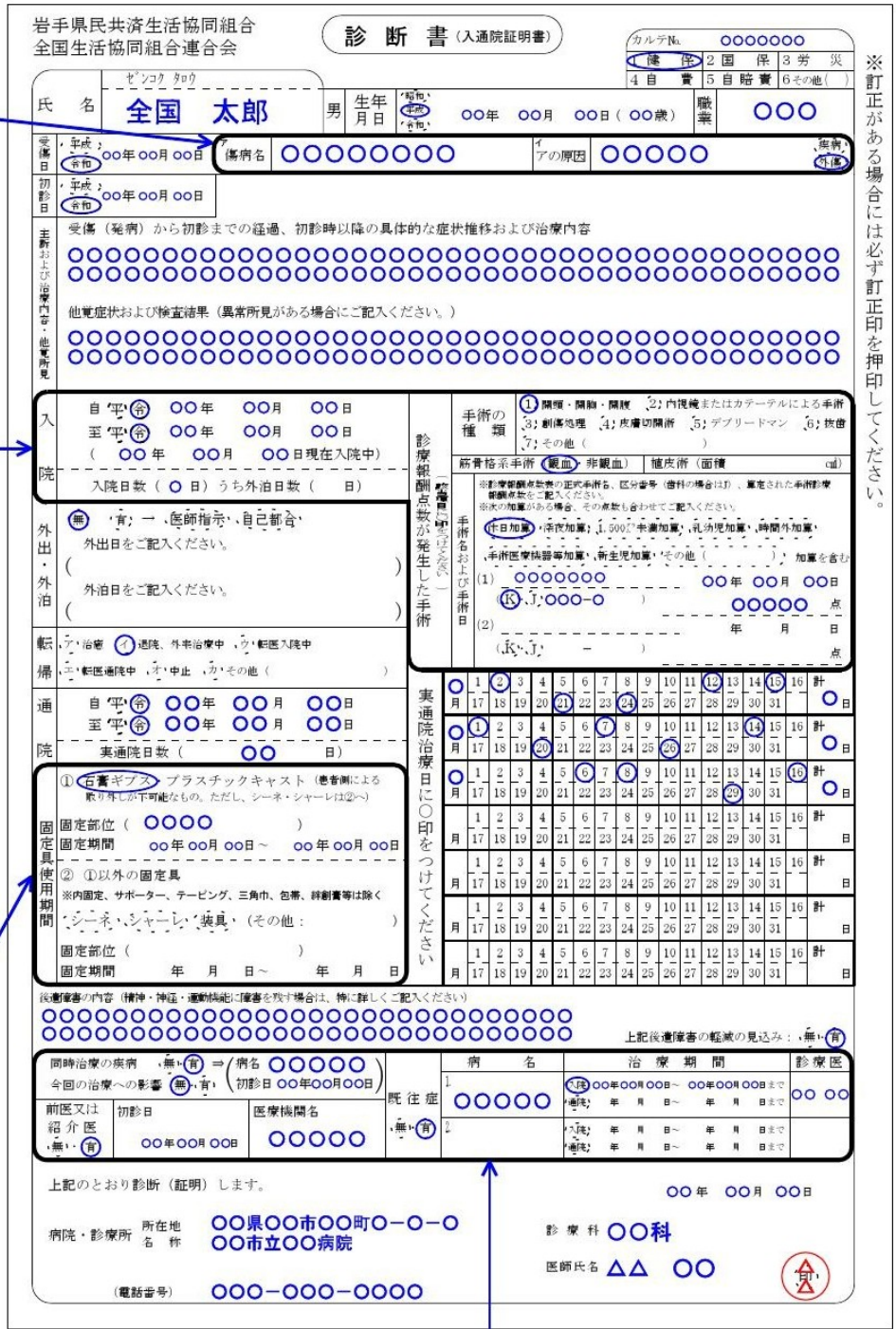
「診断書（入通院証明書）」は、共済金のお支払いを判断させていただくうえで必要な書類であり、また、患者様に対して迅速にお支払いするうえでも極めて大切な書類です。

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。
また、疾病・外傷のいずれかに〇印をお願いいたします。

入院が２回以上、手術が３回以上の場合は、「主訴および治療内容・他覚所見」欄に追記してください。

・石膏ギプスまたはプラスチックキャストで患者様による取り外しが不可能な固定具を装着されていた場合は、①欄に固定部位および固定期間をご記入ください。
・シーネ、シャーレ、装具等で患者様による取り外しが可能な固定具（内固定、サポーター、テーピング、三角巾、包帯、絆創膏等は除きます）を装着されていた場合は、②欄のシーネ、シャーレ、装具のいずれかに〇印（その他の場合には固定具名）をご記入いただき、固定部位および固定期間もあわせてご記入ください。


岩手県民共済生活協同組合
全国生活協同組合連合会
診 断 書（入通院証明書）
※訂正がある場合には必ず訂正印を押印してください。
氏 名 全国 太郎
男
生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日（〇〇歳）
職業 〇〇〇
受傷日 〇〇年〇〇月〇〇日
傷病名 〇〇〇〇〇〇〇〇
イの原因 〇〇〇〇〇
初診日 〇〇年〇〇月〇〇日
主訴および治療内容・他覚所見
受傷（発病）から初診までの経過、初診時以降の具体的な症状推移および治療内容
〇〇〇〇〇〇〇〇