

診 断 書		福祉共済(傷害)用	
全国商工会連合会 宛		カルテNo. _____	
傷病者	氏名	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自由診療( _____ )	
	住所	男・女    明・大・昭・平    年 月 日生 ( _____ ) 歳 職業 _____	
傷病名・外傷名または受傷部位・態様 _____			
発病または受傷の原因(医師推定・診断や傷病者申告内容等詳細にご記入下さい。)			
初診日	年 月 日	発病日または受傷日	年 月 日
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		当該傷病の治療歴 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (病院名: _____) 治療期間( _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 ) イ. 既往症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (傷病名: _____) ロ. 上記傷害と併行して行った治療の有無 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (傷病名: _____) ハ. 上記イ、ロが今回の傷病の治療期間または原因に及ぼした影響 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 [ _____ ] ニ. 上記イ、ロがなかった場合の推定治療期間 (初診 ~ _____ 年 月頃まで)	
頸部症候群(むちうち症)・腰痛の場合 医学的他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見の有無 ・画像所見(X-P. CT. MRI) 異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) ・その他所見 異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )			
入院治療	1回目入院日数	日間 (期間)	年 月 日 ~ 年 月 日
	2回目入院日数	日間 (期間)	年 月 日 ~ 年 月 日
今回の傷病に関して実施した手術 開頭術・開胸術・開腹術・胸腔・胸腔ドレナージ・その他( _____ ) 創傷処理 筋肉に達する・筋肉に達しない 筋骨関係手術の場合 観血・非観血 植皮術の場合 25cm <sup>2</sup> 以上・25cm <sup>2</sup> 未満			
手術名	①	( K・J - - )	(手術日 年 月 日)
	②	( K・J - - )	(手術日 年 月 日)
固定具を「常時装着」するよう指示した期間	①固定具名	通院治療 日間 (うち治療実日数 日)	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
①使用期間 ( _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日)			
①固定範囲 _____ から _____ まで (例: 左足甲から左足首上部まで)			
②固定具名	②使用期間	通院治療 日間 (うち治療実日数 日)	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
②固定範囲 _____ から _____ まで (例: 左足甲から左足首上部まで)			
医学的に就業・就学・平常の生活(更衣・入浴・家事・書字等)に著しい支障があると判断された期間の有無 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日) 具体的支障内容 ( _____ )			
後遺障害残存見込み <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 未定 (有・未定の場合には、現状及び今後の見込みについてご記入下さい。) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医			

上記の通り診断します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 所在地 〒 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
 医療機関名 \_\_\_\_\_ 診療科名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ ㊞

手術をした場合
<b>※下記に該当する手術をした場合は、小分類の番号の前の口内にチェックをお願いします。</b> (注: 下表の手術とは、医師が治療を直接の目的として、メス等の器具を用いて患部または必要部位に切除、摘出などの処置を施すことを言います。) 対象となる手術(注)
1. 皮膚、皮下組織の手術(単なる皮膚縫合は除く) <input type="checkbox"/> (1) 植皮術、皮膚移植術、皮弁作成術、皮弁移動術、皮弁切除術、遷延皮弁術(いずれも25cm <sup>2</sup> 未満は除く) <input type="checkbox"/> (2) 瘻痕拘縮形成術、顔面神経麻痺形成手術、動脈皮弁術、筋皮弁術、遊離皮弁術、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術
2. 手指、足指を含む筋、腱、腱鞘の手術(筋炎手術・抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 筋、腱、腱鞘の観血手術(いずれも関節鏡下によるものを含む)
3. 手指、足指を含む四肢関節、靭帯の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 四肢関節観血手術、靭帯観血手術(いずれも関節鏡下によるものを含む) <input type="checkbox"/> (2) 人工骨頭挿入術、人工関節置換術
4. 手指、足指を含む四肢骨の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 四肢骨観血手術 <input type="checkbox"/> (2) 骨移植術(四肢骨以外の骨を含む)
5. 手指、足指を含む四肢切断、離断、再接合の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 四肢切断術、離断術(骨、関節の離断に伴うもの) <input type="checkbox"/> (2) 切断四肢再接合術(骨、関節の離断に伴うもの)
6. 指移植の手術 <input type="checkbox"/> (1) 指移植手術
7. 鎖骨、肩甲骨、肋骨、胸骨観血手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 鎖骨、肩甲骨、肋骨、胸骨観血手術(抜釘術を除く)
8. 脊椎、骨盤の手術(頸椎、胸椎、腰椎、仙椎の手術を含み、抜釘術は除く) <input type="checkbox"/> (1) 脊椎、骨盤観血手術(脊椎固定術、体外式脊椎固定術を含む)
9. 頭蓋、脳の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 頭蓋骨観血手術(鼻骨および鼻中隔を除く) <input type="checkbox"/> (2) 頭蓋内観血手術(穿頭術を含む)
10. 脊髄、神経の手術 <input type="checkbox"/> (1) 手指、足指を含む神経観血手術(形成術、移植術、切除術、減圧術、開放術、捻除術、縫合術、剥離術、移行術) <input type="checkbox"/> (2) 脊髄硬膜内外観血手術
11. 涙嚢、涙管の手術 <input type="checkbox"/> (1) 涙嚢摘出術 <input type="checkbox"/> (2) 涙嚢鼻腔吻合術 <input type="checkbox"/> (3) 涙小管形成術
12. 眼瞼、結膜、眼窩、涙腺の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 眼瞼下垂症手術 <input type="checkbox"/> (2) 結膜嚢形成術 <input type="checkbox"/> (3) 眼窩プロローアウト(吹抜け)骨折手術 <input type="checkbox"/> (4) 眼窩骨折観血手術 <input type="checkbox"/> (5) 眼窩内異物除去術
13. 眼球、眼筋の手術 <input type="checkbox"/> (1) 眼球内異物摘出術 <input type="checkbox"/> (2) レーザー、冷凍凝固による眼球手術 <input type="checkbox"/> (3) 眼球摘出術 <input type="checkbox"/> (4) 眼球摘除及び組織または義眼台充填術 <input type="checkbox"/> (5) 眼筋移植術
14. 角膜、強膜の手術 <input type="checkbox"/> (1) 角膜移植術 <input type="checkbox"/> (2) 強角膜瘻孔閉鎖術 <input type="checkbox"/> (3) 強膜移植術
15. ぶどう膜、眼房の手術 <input type="checkbox"/> (1) 観血的眼房・虹彩異物除去術 <input type="checkbox"/> (2) 虹彩癒着剥離術・瞳孔形成術 <input type="checkbox"/> (3) 虹彩離断術 <input type="checkbox"/> (4) 緑内障観血手術(レーザーによる虹彩切除術は13.(2)に該当)
16. 網膜の手術 <input type="checkbox"/> (1) 網膜復位術(網膜剥離症手術) <input type="checkbox"/> (2) 網膜光凝固術 <input type="checkbox"/> (3) 網膜冷凍凝固術
17. 水晶体、硝子体の手術 <input type="checkbox"/> (1) 白内障・水晶体観血手術 <input type="checkbox"/> (2) 硝子体観血手術(莖頭微鏡下によるものを含む) <input type="checkbox"/> (3) 硝子体異物除去術

対象となる手術(注)
18. 外耳、中耳、内耳の手術 <input type="checkbox"/> (1) 耳後婁乳閉鎖術、耳介形成手術、外耳道形成手術、外耳道造設術 <input type="checkbox"/> (2) 観血的鼓膜・鼓室形成術 <input type="checkbox"/> (3) 乳突洞開放術、乳突削開術 <input type="checkbox"/> (4) 中耳根本手術 <input type="checkbox"/> (5) 内耳観血手術
19. 鼻・副鼻孔の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 鼻骨観血手術 <input type="checkbox"/> (2) 副鼻腔観血手術
20. 咽頭、扁桃、喉頭、気管の手術 <input type="checkbox"/> (1) 気管異物除去術(開胸術によるもの) <input type="checkbox"/> (2) 喉頭形成術、気管形成術
21. 内分泌器の手術 <input type="checkbox"/> (1) 甲状腺、副甲状腺の手術
22. 顔面骨、顎関節の手術(抜釘術を除く) <input type="checkbox"/> (1) 頬骨・上顎骨・下顎骨・顎関節観血手術(顎関節鏡下によるものを含み、歯・歯肉の処置に伴うものは除く)
23. 胸部、食道、横隔膜の手術 <input type="checkbox"/> (1) 胸郭形成術 <input type="checkbox"/> (2) 開胸術を伴う胸部手術(胸腔鏡下によるものを含み、胸壁膿瘍切開術を除く)、食道手術(開胸術を伴わない頸部手術によるものを含む)、横隔膜手術 <input type="checkbox"/> (3) 胸腔ドレナージ(持続的なドレナージを言う)
24. 心、脈管の手術 <input type="checkbox"/> (1) 観血的血管形成術(血液透析用シャント形成術を除く) <input type="checkbox"/> (2) 大動脈・大静脈・肺動脈・冠動脈手術(開胸または開腹術を伴うもの) <input type="checkbox"/> (3) 開心術 <input type="checkbox"/> (4) その他開胸術を伴うもの
25. 腹部の手術 <input type="checkbox"/> (1) 開腹術を伴うもの(腹腔鏡下によるものを含み、腹腔膿瘍切開術を除く) <input type="checkbox"/> (2) 腹腔ドレナージ(持続的なドレナージを言う)
26. 尿路系、副腎、男子性器、女子性器の手術 <input type="checkbox"/> (1) 腎臓・腎盂・尿管・膀胱観血手術(経尿道的操作によるものおよび膀胱内凝結除去術を除く) <input type="checkbox"/> (2) 尿道狭窄観血手術、尿道異物摘出術、尿道形成術(いずれも経尿道的操作は除く) <input type="checkbox"/> (3) 尿管観血手術(経尿道的操作は除く) <input type="checkbox"/> (4) 陰茎切断術 <input type="checkbox"/> (5) 辜丸・副辜丸・精管・精囊・前立腺手術 <input type="checkbox"/> (6) 卵管・卵巣・子宮・子宮付属器手術(人工妊娠中絶術および経腔操作を除く) <input type="checkbox"/> (7) 膣腸婁閉鎖術 <input type="checkbox"/> (8) 造陰術 <input type="checkbox"/> (9) 膣壁形成術 <input type="checkbox"/> (10) 副腎摘出術 <input type="checkbox"/> (11) その他開腹術を伴うもの
27. 上記以外の手術 <input type="checkbox"/> (1) 上記以外の開頭術 <input type="checkbox"/> (2) 上記以外の開胸術(胸壁膿瘍切開術を除く) <input type="checkbox"/> (3) 上記以外の開腹術(腹壁膿瘍切開術および膀胱内凝血除去術を除く) <input type="checkbox"/> (4) 上記以外の開心術 <input type="checkbox"/> (5) ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテル、バルーンカテーテルによる脳・咽頭・喉頭・食道・気管、気管支、心臓、血管、胸・腹部臓器、尿管、膀胱、尿道の手術(検査および処置は除く)
【その他手術名】 _____ _____ (20 ____ 年 ____ 月 ____ 日) 区分コード: _____