

平成 25 年度文部科学省

東日本大震災からの復興を担う専門人材育成支援事業

医師事務作業補助者問題集 【上 級 編】



福島県における医師事務作業補助者育成プログラムの開発と実行

平成 25 年度文部科学省

東日本大震災からの復興を担う専門人材育成支援事業

医師事務作業補助者問題集＜上級編＞

福島県における医師事務作業補助者育成プログラムの開発と実行

医師事務作業補助者
問題集
上級

～ 目 次 ～

【文書作成にあたって】	.....	p.5
診療録 I	.....	p.7
【入院・手術証明書】	.....	p.9
◆入院診療計画書	.....	p.10
◆手術説明同意書	.....	p.11
【退院サマリー】	.....	p.12
◆退院療養計画書	.....	p.13
◆退院証明書	.....	p.14
診療録 II	.....	p.15
【入院・手術証明書】	.....	p.17
◆検査・手術同意書	.....	p.18
◆入院・手術・通院等証明書（診断書）	.....	p.19
診療録 III	.....	p.21
【医療要否意見書（生保）】	.....	p.23
◆医療要否意見書（生保）	.....	p.24
診療録 IV	.....	p.25
【主治医意見書】	.....	p.27
◆主治医意見書	.....	p.28
診療録 V	.....	p.30
【自動車損害賠償責任保険診断書】	.....	p.32
◆自動車損害賠償責任保険診断書	.....	p.34
診療録 VI	.....	p.36
【死亡診断書】	.....	p.38
◆死亡診断書	.....	p.39
添削症例（DPC）	.....	p.40
【医学一般（主要症状）】	.....	p.44
【医療用語の類音語】	.....	p.46

文書作成にあたって

(1) 文書作成にあたっての注意事項

1、要約、語彙

要約とは、カルテの要点をまとめ短い文書を作成すること。

2、語彙とは、ある範囲(患者の病状詳記)などにおいて使われる単語の総体。

3、語彙の彙は、集めるという意味。

(微妙なニュアンスを大事にして言葉を使いわける。)

4、優しい文書を読めば優しい気持ちになる、殺伐とした悲壮感漂う文を読めばそんな気持ちになる。

5、文章は人を傷つけることもあれば、生きる力を失うこともある。

6、正しい文章を作成することは患者のカルテの内容を読解し、理解することである。

7、表現力は経験、年齢とともに成長する。

8、医療用語の理解は(漢字、言葉)正しい文章につながる。

(2) 作成された文書がどこから → どこへ提出されるか認識する。

文書の提出先

文書名	請求者	各種書類の交付	提出先
診断書・証明書	患者	医療機関	職場・学校等へ提出 交通事故の診断書は警察へ、 人身事故の証明書として提出
健康診断書	患者	医療機関	入学願書に添付 就職時に提出
出席停止証明書	患者	医療機関	学校へ提出
入院・手術証明書	患者	医療機関	生命保険給付金の査定のため 各保険会社へ提出
出生証明書	患者	医療機関	出生届とともに役所に提出
出産証明書	患者	医療機関	育児時間・育児休暇申請のため に職場に提出
傷害保険診断書	患者	医療機関	保険会社
死亡診断書	親族等	医療機関	市区町村窓口
健康保険傷病手当金	患者 (被保険者)	医療機関	事業主 → 保険者
出産一時金		医療機関	事業主 → 保険者
診療情報提供書	患者	医療機関	他の医療機関等
医療要否意見書	患者	医療機関	福祉事務所
自動車損害賠償 責任保険診断書	被害者(患者)	医療機関	損害保険会社
休業補償給付金請求書	患者	医療機関	事業主 → 労働基準監督署
主治医意見書	介護被保険者 主治医	市区町村	介護認定審査会
おむつ使用証明書	患者(家族)	医療機関	税務署

過有
敏症
無

診 療 録

公費負担者番号								保険者番号	0	1	1	3	4	5	6	7							
公費負担医療の受給者番号								記号・番号															
受診者	氏名	桜井 晴人						有効期限	平成 年 月 日														
	生年月日	明大限(平) 2年 1月 21日				(男)・女		被保険者氏名															
	住 所	東京都国立市東9-8-7 電話 042-501-6543						資格取得	昭・平 年 月 日														
	職 業	会社員	被保険者との続柄	本人			保険者	所在地															
傷 病 名		職務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日																	
虫垂炎		上・外	26年 11月 17日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日																	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日																	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日																	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日																	
既往症・原因・主要症状・経過等								処 方 ・ 手 術 ・ 処 置 等															
26.11.17 夜中2時30分頃から心窩部痛、その後右下腹部へ移動。 段々痛みが強くなったため、4時頃緊急外来にて受診。 右下腹部に強い圧痛、筋性防御あり 4時20分～検査、画像診断施行 X-P：イレウスなし CT：異状なし 白血球：13,400 CRP：6.0 KT37.2℃ 嘔吐5回 診察の結果虫垂炎と判断。緊急入院。 既往歴：なし 入院歴：なし 手術歴：なし 看護師と共同して入院診療計画を策定し、 文書を交付して説明。 手術同意書を貰う。 4時50分～ 虫垂切除術施行 術後痛みを訴えたため、鎮痛剤注射。 禁食 麻酔前の診察：問題なし（麻酔科医／朝野 智宏）								26.11.17 U-検 B-末梢血液一般、ESR B-CRP B-AST、ALT、LD、BUN、Crea、Na、Cl、K、Amy、BS B-HBs抗原定性、HCV抗体定性 腹部デジタルX-P（画像記録用大角3枚） 腹部CT（画像記録用大角3枚） 洗腸（グリセリン洗腸「オオタ」60） 腰椎麻酔（4:45～5:15） 硫アト 1mL ベルカミンエス 3mL 点滴 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="border-left: 1px solid black;">5%G</td><td>500mL</td></tr> <tr><td style="border-left: 1px solid black;">ラクテックG</td><td>500mL</td></tr> <tr><td style="border-left: 1px solid black;">トランサミン注5%</td><td>5mL</td></tr> <tr><td style="border-left: 1px solid black;">ペントシリン注射用</td><td>1.0</td></tr> </table> 腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わない） イソジン液100mL iM ベンタジン注射液30mg1A								5%G	500mL	ラクテックG	500mL	トランサミン注5%	5mL	ペントシリン注射用	1.0
5%G	500mL																						
ラクテックG	500mL																						
トランサミン注5%	5mL																						
ペントシリン注射用	1.0																						
傷 病 名		労 務 不 能 に 関 す る 意 見						入 院 期 間															
		意見書に記入した労務不能期間			意見書交付																		
		自	月	日	年	月	日	自	月	日	年	月	日										
		至	月	日	年	月	日	至	月	日	年	月	日										
		自	月	日	年	月	日	自	月	日	年	月	日										
		至	月	日	年	月	日	至	月	日	年	月	日										
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨																							
備 考	〇〇棟△△階×××号室入院						公費負担者番号																
							公費負担医療の受給者番号																

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>26.11.18 創部異状、出血、イレウス、吐気（-） 昨日よりは痛みは治まってきた 朝・昼5分がゆ、夕7分がゆ ガス自発（+） 白血球：10,200 CRP：3.3</p>	<p>26.11.18 iM ペンタジン注射液15mg1A 術後創傷処置「1」 点滴 [5%G 500mL] ペントシリン注射用 1.0（朝、夕2回） B-末梢血液一般、CRP</p>
<p>26.11.19 創部異状なし、疼痛（-） 3食常食 白血球：7,400 CRP:0.7</p>	<p>26.11.19 処置 do 点滴 do 検査 do</p>
<p>26.11.20 創部異状なし、疼痛（-） 3食常食 白血球：7,200 CRP：0.2</p>	<p>26.11.20 処置 do 点滴 do 検査 do</p>
<p>26.11.21 創部異状、疼痛（-） 3食常食 白血球：7,100 CRP:0.1 明日退院予定、退院後の生活について指導。 →急に無理をしたりせず、様子を見ながら徐々に 動くようにする。</p>	<p>26.11.21 処置 do 点滴 do 検査 do</p>
<p>26.11.22 創部異状なし、予定通り本日退院。 朝のみ常食 退院後は外来にて診療継続。（担当：笠井） 次回1週間後来院。</p>	<p>26.11.22 処置 do Rp ロキソニン60mg錠 3T ケフレックスカプセル250mg 3C 3分 ×7TD （退院時処方） 医療機関名：高沢総合病院 住所：東京都新宿区西新宿1001 電話番号：03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 医師：笠井 顕良（外科） 朝野 智宏（麻酔科）</p>

入院・手術証明書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
入院・手術証明書	患者	医療機関	生命保険給付金の査定のため各保険会社へ提出。

【生命保険者の場合の記載事項】

○入院・手術証明書（診断書）

入院・手術証明書（診断書）を作成する場合は、次の点に注意しましょう。

- ・生命保険会社に給付金請求のために提出する証明書（診断書）である。
- ・生命保険会社の特約により、施行手術（処置を含む）や特定の検査が補償される場合がある。
- ・生命保険会社等の所定の用紙を使用する。
- ・原則として本人依頼のもとに作成する。委任状の提出により代理人（家族等）も認められる。
- ・患者本人に悪性腫瘍等の病名を告知していない場合には、封緘するか、代理人に渡す。

【記載事項】

①氏名、性別、生年月日

- ・患者または家族が記入します。

②傷病名

- ・入院の原因となった傷病名、発生年月日、合併症等を診療録等の記載をもとに記入します。

③治療期間

- ・②の傷病名に関する治療期間と入院期間を診療録の記載をもとに記入します。現在も入院中の場合は、入院中を○で囲みます。

④前医又は紹介医

- ・転院や紹介で入院した場合は診療録等の記載をもとに記入します。

⑤既往症

- ・既往症の有無や期間など診療録の記載をもとに記入します。

⑥症状・経過・治療

- ・②の傷病名に関する症状や経過、治療内容を診療録の記載をもとに記入します。保険の特約により施行手術や特定の検査、あるいは特定の疾病に対して別欄に記入する書式もあるので、記載事項の確認が必要となります。

⑦証明する医療機関の所在地、名称、電話番号、診療科、医師名

- ・病院の住所、名称、電話番号を記入します。医師名は担当医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に、直筆で署名又は押印してもらいます。

⑧日付

- ・文書を作成した日付を記入します。

入院診療計画書

※入院治療を行うにあたり、その施設で当該疾患の診療における診療行為の内容についての計画書です。

様

入院年月日	年 月 日
病棟・病室	棟 階 号室
主病名その他 考え得る病名	
症 状 主 訴	
治療計画	<input type="checkbox"/> 保存療法 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精 査 <input type="checkbox"/> 手 術 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査予定	<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 血管撮影 <input type="checkbox"/> 心カテ <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他 ()
手術予定	
推定入院期間	およそ 日・週間・カ月
医師以外の 関連職種	職 種 氏 名
その他（看護 ・リハビリ等 の計画）	

*病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものであります。

*入院期間については、現時点で予想されるものです。

年 月 日

科 医師

印

手術説明同意書

私、_____は、以下の手術が行われることについて説明を受け、
同意をいたします。

病名：

手術名：

手術予定日：

麻酔方法：

手術の目的と方法：

術後の経過予想：

手術の危険性と合併症について：

通常発生しないが、起こりうる重大な合併症：

以上、重大な障害を起こさないよう、十分注意して慎重に手術いたします。
万が一、上記及び他の合併症を生じたときは、早期に適切な対処をする努力
をいたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ ㊞

退院サマリー

退院時サマリー、退院時要約とは同じ意味です。

退院などの医療機関で使われる「サマリー」という言葉は主に退院時要約のことです。なぜ入院し、入院中にどんなことがあって、何をして、どうなったか、それを簡単にまとめたものです。

入院カルテにおいて最も重要な書類とも言われています。

サマリーは退院時要約ではありますが、入院時にすでに書ける部分もあります。

医師によっては入院時に分かっていることを全て書き、退院が決まった時点で退院日と残りの入院経過を記入して終わります。

退院時要約の作成のスタートは、とにかくカルテをよく読むことです。また、カルテの中の看護師が書いた記録もよく読んで下さい。

まず病名ですが、看護師等の記録にも病名の記載がある場合もあります。

次に、カルテ内容

主訴

入院前の経過

何故入院したのか

検査結果（入院時の検査結果が多い）

入院経過

退院後の方針（来院、転院、死亡）

退院時の処方（退院した時に出した薬）

上記のポイントをカルテから要約します。

医療機関によっては記載方法が決められているところもあります。

退院療養計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟（病室）	
主治医外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる 保健医療サービス 又は福祉サービス	
その他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

退院証明書

※入院診療が終了し退院を証明するものです。

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日 生	歳
患者住所：	
電話番号：	
1. 当院の入院にかかる主な傷病名	
傷 病 名	転 帰
	転帰日付(3)以外
①	(1) (2) (3)
②	(1) (2) (3)
③	(1) (2) (3)
注) 転帰欄：(1)治癒 (2)寛解状態 (3)その他	
2. 当院入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日	
3. 当院における算定入院基本料等	
入院料等の種別	入 院 期 間
①	年 月 日 ～ 年 月 日
②	年 月 日 ～ 年 月 日
③	年 月 日 ～ 年 月 日
4. 選定療養除外期間	
①	年 月 日 ～ 年 月 日 日間
理由：対象外入院料，治癒（寛解状態），除外事項該当他（ ）	
②	年 月 日 ～ 年 月 日 日間
理由：対象外入院料，治癒（寛解状態），除外事項該当他（ ）	
5. 当院退院日における通算対象入院料を算定した期間 日間	
6. その他	

年 月 日

上記のとおり証明します。

医療機関名

所在地

医師氏名

印

電話番号

過 有
敏 無
症 無

診 療 録

公費負担者番号				保険者番号				0	6	1	3	5	6	7	8
公費負担医療の受給者番号				手帳被保険者 証被保険者		記号・番号		6・4980							
受 診 者		氏 名		赤木 萌子				有効期限		平成 年 月 日					
		生年月日		明大昭平50年 3月 23日		男・女		被保険者氏名							
		住 所		東京都立川市曙町9-9-9 電話 042-0000-0000				資格取得		昭・平 年 月 日					
		職 業		被保険者との続柄		本人		事業所 船 所		所在地					
						保険者		所在地							
								名 称							
								名 称							
傷 病 名				職 務		開 始		終 了		転 帰		期間満了予定日			
腸閉塞				上・外		25年 1月 18日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日			
				上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日			
				上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日			
				上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日			
既往症・原因・主要症状・経過等								処方・手術・処置等							
<p>25.1.18 午前中から腹痛が起り、次第に痛みが増してきたため、14時30分に外来を受診。 嘔吐2回 KT:37.8℃ BP103/76 画像診断から、腸管の詰まりを確認。 X-P、CT撮影について、放射線科医の読影文書添付(内容省略) (放射線科医 光宗圭吾)</p> <p>検査の結果腸閉塞と診断、入院し、保存的治療をしながら様子を見る。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>医療機関: 大手町病院 住所: 東京都千代田区大手町1000 電話番号: 03-0000-0000 医師: 増田 亮介(外科)</p> </div>								<p>25.1.18 IM ソセゴン(2回) B-末梢血液一般、像(自動機械法)、HbA1c B-CRP B-出血、凝固、血液ガス分析 腹部デジタルX-P(画像記録用 四ツ切2枚) 腹部CT(画像記録用 四ツ切2枚) イオパミロン注300シリンジ 61.24% 100mL1筒 胃持続ドレナージ キシロカインゼリー 5mL 点滴ー パンスポリン静注用 1.0 ソルデム3A輸液 500mL 2袋 ラクテック注 500mL 2袋 混注 プスコパン注 20mg(2回) 留置カテーテル設置 (膀胱留置用カテーテル2管一般II 1本)</p> <p style="text-align: center;">禁食</p>							
傷 病 名				労務不能に関する意見				入 院 期 間							
				意見書に記入した労務不能期間		意見書交付									
				自 月 日 日間		年 月 日		自 月 日 日間		年 月 日					
				自 月 日 日間		年 月 日		自 月 日 日間		年 月 日					
				自 月 日 日間		年 月 日		自 月 日 日間		年 月 日					
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨															
備 考				公費負担者番号											
				公費負担医療の受給者番号											

<p>25.1.19 腹痛続く。 嘔吐1回 KT38.2℃ BP95/65</p>	<p>25.1.19 持続ドレーン(その他) IM do(4回) 禁食 混注 do(2回) 点滴— <ul style="list-style-type: none"> パンスポリン静注用 1.0 ソルデム3A輸液 500mL 2袋 ラクテック注 500mL 2袋 5%G 500mL 1袋 </p>
<p>25.1.20 腹痛なかなか治まらない。 外科的療法をする方向で今後の説明を行う。 手術を行わなかった場合、腸捻転、腹痛、腸の張りが起こる可能性あり。 KT38.1℃ BP100/78</p>	<p>25.1.20 持続ドレーン(その他) IM do(4回) 点滴 do 禁食 混注 do(2回) B-末梢血液一般、HbA1c B-CRP 腹部デジタルX-P(画像記録用 四ツ切2枚) 超音波検査(断層撮影法、胸腹部)</p>
<p>25.1.21 KT38.1℃ BP110/80 14:00 明日手術予定で、具体的な計画と説明を行う。 (10:00～ 腹腔鏡下腸管癒着剥離術) 手術同意書に本人署名。 手術に伴い行われる麻酔について、問題なし。 (麻酔科 相沢忠則)</p>	<p>25.1.21 持続ドレーン(その他) IM do(4回) 点滴 do 腹部CT(画像記録用 四ツ切2枚) イオパミロン注300シリンジ 61.24% 100mL1筒</p>
<p>25.1.22 KT37.9℃ BP107/78 予定通り手術施行。 硬膜外麻酔施行 9:50～ 腹腔鏡下腸管癒着剥離術 10:00～ 術後経過:問題なし</p>	<p>25.1.22 前投薬 <ul style="list-style-type: none"> 硫アト 1A アタラックス-P注射液 1A 浣腸 グリセリン浣腸「オラタ」120mL 1個 下腿弾性ストッキング 硬膜外麻酔(腰部)(9:50～11:10) <ul style="list-style-type: none"> マーカイン注0.5% 20mL 腹腔鏡下腸管剥離術(10:00～11:10) <ul style="list-style-type: none"> イソジン液 50mL 生食 50mL 硫アト注 2A アネトカインゼリー 10mL 点滴 do</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">以下省略</div>	

入院・手術証明書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
入院・手術証明書	患者	医療機関	生命保険給付金の査定のため各保険会社へ提出。

【記載事項】

①氏名、性別、生年月日

- ・患者または家族が記入します。

②傷病名

- ・入院の原因となった傷病名、発生年月日、合併症等を診療録等の記載をもとに記入します。

③治療期間

- ・②の傷病名に関する治療期間と入院期間を診療録の記載をもとに記入します。現在も入院中の場合は、入院中を○で囲みます。

④前医又は紹介医

- ・転院や紹介で入院した場合は診療録等の記載をもとに記入します。

⑤既往症

- ・既往症の有無や期間など診療録の記載をもとに記入します。

⑥症状・経過・治療

- ・②の傷病名に関する症状や経過、治療内容を診療録の記載をもとに記入します。保険の特約により施行手術や特定の検査、あるいは特定の疾病に対して別欄に記入する書式もあるので、記載事項の確認が必要となります。

⑦証明する医療機関の所在地、名称、電話番号、診療科、医師名

- ・病院の住所、名称、電話番号を記入します。医師名は担当医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に、直筆で署名又は押印してもらいます。

⑧日付

- ・文書を作成した日付を記入します。

検査・手術同意書

※検査や手術に際して、医師が説明を行い、十分に理解をした上で、署名・捺印していただくためのものです。

説明事項

1. 病名・症状
2. 検査名・手術名とその内容および実施予定日
3. 麻酔の方法
4. 検査・手術の必要性和危険性
5. 検査・手術を行わなかった場合の予後
6. 考えられる合併症
7. 他の治療法との比較（利点と危険性）
8. まれな重大障害（死亡の可能性を含む）
9. その他
10. 交付した説明書類

患者：_____様の検査・手術について、上記項目について説明いたしました。

年 月 日 時 分

医師 _____ 印

立会者 _____ 印

院長 殿

私は、上記内容に従ってこの度の検査・手術に対する説明を受け、その実施に同意します。
また、検査・手術中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜必要な処置を受けることを了承します。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

代諾者 _____ 印 (続柄：)

住 所 _____

*副本を受領しました。 受領者 _____ 印

入院・手術・通院等証明書(診断書)						
①氏名・性別	カルテ番号()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	②生年月日	年 月 日	
③傷病名	ア入院等の原因となった傷病名	※「悪性新生物・上皮内新生物」「急性心筋梗塞」「脳卒中」の場合は⑧～⑩項も必ずご記入ください。		傷病発生年月日 年 月 日 いずれかに○をしてください。 <input type="button" value="医師推定"/> <input type="button" value="患者申告"/>		
	イアの原因			年 月 日 <input type="button" value="医師推定"/> <input type="button" value="患者申告"/>		
	ウ合併症			年 月 日 <input type="button" value="医師推定"/> <input type="button" value="患者申告"/>		
④治療期間	治療期間	初診 年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="button" value="終診(治療)"/> <input type="button" value="現在加療中"/> <input type="button" value="中止"/> <input type="button" value="転院(入院)"/> <input type="button" value="転院(通院)"/>		
	入院期間 ※日帰り入院も含まれます	※日帰り入院の場合、入院日・退院日は同日をご記入ください。 ※通院は、右面カレンダーへ退院日以降の通院についてご記入ください。		<input type="button" value="退院"/> <input type="button" value="現在入院中"/>		
		第1回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="button" value="退院"/> <input type="button" value="現在入院中"/>	
		第2回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="button" value="退院"/> <input type="button" value="現在入院中"/>	
第3回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="button" value="退院"/> <input type="button" value="現在入院中"/>			
⑤前医又は紹介医	有	※前医・紹介医「有」の場合、詳細をご記入ください。		医師名		
	無	医療機関名		病名		
		その所在地		前医所見日 年 月 日		
⑥発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったか)をご記入ください。						
⑦病理組織診断の有無	有	※病理組織診断「有」の場合、詳細をご記入ください。				
	無	最終病理		組織診断名 診断確定日 年 月 日		
⑧悪性新生物又は上皮内新生物の場合	悪性新生物の性状	<input type="button" value="皮膚癌"/> <input type="button" value="上皮内癌"/> <input type="button" value="非上皮内癌"/> <input type="button" value="その他"/>	悪性新生物の区分	<input type="button" value="原発"/> <input type="button" value="再発"/> <input type="button" value="転移"/>		
	pTNM	T () N () M ()		大腸の場合は組織学的壁深達度 <input type="button" value="m"/> <input type="button" value="sm以深"/>		
	病名告知について	本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた 家族には(年 月 日頃)に病名を()と告げた ※病名を告げた家族氏名()続柄(配偶者・子・)				
⑨急性心筋梗塞の場合	初診日から60日以上、労働制限を必要とする状態が継続しましたか？ (ここでいう労働の制限とは軽い家事等の軽労働や事務等の産業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする場合をいいます。)			<input type="button" value="はい"/> <input type="button" value="いいえ"/>		
⑩脳卒中の場合	初診日から60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続しましたか？		<input type="button" value="はい"/> <input type="button" value="いいえ"/>	※「はい」の場合、その後遺症の詳細についてご記入ください。		
⑪既往症持病	有	※既往症・持病等「有」の場合、詳細をご記入ください。				
	無	傷病名 (他院) (病院) ・ (当院) (科) 年 月 日 頃 ~ 年 月 日頃まで				

⑫手術 今回の傷病 に対して実施 した手術 ※持続ドレ ナーズ等の 処置もご記入 ください。	手術名	1)	手術日	年 月 日	筋骨手術の 場合	手・足指の場 合、MP関節 より	筋腱靭帯の 場合、その手 術操作	口腔手術の場 合、顎骨への手 術操作	穿頭術の場 合	植皮術の場 合							
	診療点数区分コード	(K・J -)			観血	中枢	あり	あり	新たな穿頭による	25cm以上							
	手術の種類	該当する項目すべてにシ点を付けてください。 □開頭術 □穿頭術 □開胸術(胸腔鏡含む) □開腹術(腹腔鏡含む) □経皮的手術・処置 □レーザーによる手術・処置 □カテーテルによる手術・処置 □ファイバースコープ(内視鏡)による手術・処置 ※ファイバースコープ(内視鏡)の種類を以下より選択するか、「その他」の場合はご記入ください。 → □膀胱鏡 □子宮鏡 □喉頭直達鏡 □その他()				非観血	関節上 末梢	なし	なし	既存の穿頭穴を律自	25cm未満						
	手術名	2)	手術日	年 月 日	筋骨手術の 場合	手・足指の場 合、MP関節 より	筋腱靭帯の 場合、その手 術操作	口腔手術の場 合、顎骨への手 術操作	穿頭術の場 合	植皮術の場 合							
診療点数区分コード	(K・J -)				観血	中枢	あり	あり	新たな穿頭による	25cm以上							
手術の種類	該当する項目すべてにシ点を付けてください。 □開頭術 □穿頭術 □開胸術(胸腔鏡含む) □開腹術(腹腔鏡含む) □経皮的手術・処置 □レーザーによる手術・処置 □カテーテルによる手術・処置 □ファイバースコープ(内視鏡)による手術・処置 ※ファイバースコープ(内視鏡)の種類を以下より選択するか、「その他」の場合はご記入ください。 → □膀胱鏡 □子宮鏡 □喉頭直達鏡 □その他()				非観血	関節上 末梢	なし	なし	既存の穿頭穴を使用	25cm未満							
⑬放射線照射 ※内照射も含みます。	療法名 または 照射部位		期間	開始 年 月 日				総線量		ラド レイ Ci							
	診療点数区分コード	(M -)		終了 年 月 日													
⑭先進医療に ついて	治療の種類	※貴院にて評価療養としての施行が認められている先進医療 貴院における当該先進医療の承認年月日			治療の実施 期間と回数	年 月 日～ 年 月 日 (実施回数 回)											
		年 月 日			技術料	患者が受領した先進医療の技術料のみご記入ください。 円											
⑮通院日	※カレンダーに当該月をご記入いただき、通院日に○印をつけてください。 なお、入院日のご記入は不要です。																
診療年月	通院治療費(往診含む)										各月合計						
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
年 月	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	日
年 月	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	日
年 月	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	日
年 月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
以下を通り証明します	平成 年 月 日										合計 日						
病院(診療所)所在地	電話番号 () -																
病院(診療所)名	所属診療科名																
医師名	印																

過有
敏
症無

診 療 録

公費負担者番号								保険者番号	0	6	1	1	4	5	6	6	
公費負担医療の受給者番号								手帳 被保険者 記号・番号	10・135								
受 診 者	氏名	田宮 芳男					有効期限	平成 年 月 日									
	生年月日	明大	昭平	22年	11月	12日	被保険者氏名										
	住所	埼玉県越谷市南越谷6-6-6					資格取得	昭・平 年 月 日									
	職業	無職	被保険者 との続柄	父		父	事業所 所在地 名称										
傷病名		職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日											
病原性大腸菌感染症		上・外	25年 1月 7日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日											
尿路感染症		上・外	25年 1月 7日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日											
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日											
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日											
既往症・原因・主要症状・経過等							処方・手術・処置等										
<p>3、4日前から食欲がなく、全身に倦怠感。 昨日から頻回の下痢、血尿。 下痢は水様便で、7～8回。 KT38.7℃ ・既往歴 Aクリニックに外来受診中(高血圧のため) サリペックス錠10mg 3T (1月分処方済み) 2009年8月8日～19日に当院で経尿道的前立腺 切除術を施行。</p> <p>25.1.7 発熱、全身倦怠感がひどいため、外来受診。 BP120/83 画像診断の結果、上行結腸、横行結腸、S状結腸に ガスを認める。また、小腸異常ガスを左中腹部に確認。 WBC7-10/毎 RBC10-13/毎 尿蛋白(++) 潜血(++) 塗末-菌(-) 培-好気性菌の発育を認めず 病原性大腸菌の可能性あるため、家庭での二次感染 予防について説明し、注意をするように促す。 即日入院。 禁食</p>							<p>医療機関名：大川中央病院 住所：埼玉県草加市草加7-7-7 電話番号：048-0000-0000 医師：矢吹 修 (院長・消化器科)</p> <p>25.1.7 腹部デジタルX-P(画像記録用 四ツ切2枚) F-塗 S-M、培 U-検 B-末梢血液一般 点滴ー [ピペラシリンナトリウム点滴静注用2g 2キット リカバリン注10%10mL 2A</p>										
傷病名		労務不能に関する意見					入院期間										
		意見書に記入した労務不能期間			意見書交付												
		自	月	日	日間	年	月	日	自	月	日	日間					
		至	月	日	日間	年	月	日	至	月	日	日間					
		自	月	日	日間	年	月	日	自	月	日	日間					
		至	月	日	日間	年	月	日	至	月	日	日間					
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨																	
備 考						公費負担者番号											
						公費負担医療の受給者番号											

<p>25.1.8 KT37.0℃ BP125/85 P97 下痢、腹痛症状軽快</p> <p style="text-align: right;">昼・夕 5分粥</p>	<p>25.1.8 点滴 do</p>
<p>25.1.9 KT36.5℃ BP128/90 P95 症状軽快</p> <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	<p>25.1.9 点滴 do</p>
<p>25.1.10 尿潜血(－) 有形便 このまま症状が軽快すれば、明日退院予定。</p> <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	<p>25.1.10 点滴 do Rpパセトシン錠 3T タジン錠 3T 分3×5日分 RpビオフェルミンR錠 3T 分3×7日分 U-検</p>
<p>25.1.11 本日10:00退院。 退院後は外来にて治療継続。 細菌検査(糞便):病原性大腸菌検出</p> <p style="text-align: right;">朝 通常食</p>	<p>25.1.11</p>

医療要否意見書（生保）

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
医療要否意見書	患者	医療機関	福祉事務所

- ◆生活保護受給中の患者が医療機関にて医療を受けるにあたり、その患者の病状の把握を目的として主治医に意見を求める書類です。
- ◆生保の場合、継続患者（6ヶ月以上）の医療券の場合は、継続医療要否意見書が送付されます。これを記入して、返送されない限り7カ月目以降の医療券は発見されません。
- ◆医療要否意見書は、ある程度治療が進んだ段階、又は、完治した際に、医師が記載します。

【記載事項】

①氏名欄

- ・福祉事務所が記入します。

②傷病名又は部位

- ・治療を行った傷病名を診療録等の記載をもとに記入します。

③初診年月日

- ・①の傷病名に対する病院の初診日を診療録等の記載をもとに記入します。

④転帰

- ・診療録の記載をもとに傷病が、治癒・死亡・中止のどれかに該当する場合、該当項目を、○で囲み、日付を記入します。傷病の治療が継続中の場合は記入する必要はありません。

⑤主要症状及び今後の診療見込

- ・②の傷病名に関する症状や治療内容を診療録等の記載を参考に記入します。また、実施予定の治療内容がわかっている場合も、併せて記入します。

⑥診療見込期間

- ・②の傷病名に関する治療期間を担当医師に確認の上記入します。

⑦医療要否欄（上記のとおり・・・の部分）

- ・⑤の内容をもとに、該当する項目を○で囲みます。

⑧日付

- ・文書を作成した日を記入します。

⑨指定医療機関の所在地及び名称・院（所）長名・担当医師（診療科名）

- ・病院の住所・名称を記入します。担当医師（診療科名）欄は担当医師に証明内容の最終確認してもらった際に直筆で署名又は押印してもらいます。

⑩嘱託医意見

- ・嘱託医が記入する部分ですので、記入の必要はありません。

医療要否意見書（生保）

様式第13号

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科	※1 新規 2 継続(単・併)	※受 理 年 月 日	年 月 日
(氏名) (歳) に係る医療の要否について意見を求めます。 平成 年 月 日			
院 (所) 長 殿		福祉事務所長 ㊟	

傷病名又は 部 位	(1) (2) (3)	初 診 年月日	(1) 年 月 日			転 帰 〔継続の とき記 入〕	年 月 日		
			(2) " " "	(3) " " "	治 癒		死 亡	中 止	
主要症状及 び今後の診 療 見 込		(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい。)							
治療見込期間	入院外	か 月 日 間	概 算 医 療 費	(1) 今回診 療日以降 1 か月間 円 (入院料 円)	(2) 第2か月 目以降6か 月日まで 円 (入院料 円)	福 祉 事 務 所 へ の 連 絡 事 項			
	入 院	期 間 (予定) 年月日		か 月 日 間 年 月 日					
上記のとおり (1 入院外 2 入院) 医療を (1 要する 2 要しない) と認めます。 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 担当医師 (診療科名)		平成 年 月 日 ㊟							
※ 嘱託医 の意見									

----- (切 取 線) -----

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書				※発行取扱者	
※受理年月日	年 月 日	平成 年 月 日					
福祉事務所長 殿		指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名 下記のとおりに請求します。					
この券による診療年月日		年 月 日	※受診者氏名		(歳)		
請 求 額	診 察 料	初・再	点	(検査名)			
	"	"	"				
	"	"	"				
合 計		点	※	円	差引額	円 ㊟	
		円	社保等負担額				

過有
敏症
無

診 療 録

公費負担者番号				3 9 1 3 8 6 7 5				
公費負担医療の受給者番号				10・135				
受診者	氏名	平山 愛子			記号・番号	10・135		
	生年月日	明大昭平9年 4月 23日	男	女	有効期限	平成 年 月 日		
	住 所	〒181-0002 東京都三鷹市牟礼8-8-8 電話 0422-〇〇-〇〇〇〇			被保険者氏名			
	職 業	無職	被保険者との続柄	母	資格取得	昭・平 年 月 日		
傷 病 名		職務	開始	終了	転 帰	期間満了予定日		
関節リウマチ		上・外	25年 3月 7日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日		
左股関節破壊		上・外	25年 3月 7日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日		
左膝関節完全脱臼		上・外	25年 3月 7日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日		
既往症・原因・主要症状・経過等				処方・手術・処置等				
<p>三鷹中央病院から紹介。</p> <p>・診療情報提供書の内容</p> <p>平成16年10月5日、指に違和感を感じ外来受診したところ、左人差し指PIP関節に関節炎の診断。</p> <p>薬物による治療を開始。(整形外科)</p> <p>平成24年7月29日、左膝関節完全脱臼の診断。</p> <p>左膝関節炎憎悪。</p> <p>10月2日 精査目的で入院。</p> <p>精査の結果関節リウマチの急性憎悪と診断、ステロイドパルス療法(ブリンダー500)を3日間行うが、皮下腫瘍を確認、造影CTにて腸腰筋腫瘍を確認したため、</p> <p>10月10日よりセファメジンα 4gを投与。</p> <p>10月15日 左腸骨窩膿瘍搔爬術施行 腸骨窩膿瘍切開術施行</p> <p>10月25日 左股関節痛があるため、画像診断。</p> <p>化膿性関節炎及び長期薬剤投与による骨破壊の進行とみられる急速な関節破壊の進行を確認。</p> <p>11月25日 左膝関節は疼痛はあるが、リハビリが可能とみられる。</p> <p>腸腰筋腫瘍は縮小傾向。</p> <p>3月6日 現在CRPは2.5~3.0</p>				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>医療機関名：北上川総合病院 住所：東京都杉並区阿佐谷南9-9-9 電話番号：03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 医師：北上川 幸子</p> </div>				
傷 病 名		労務不能に関する意見			入 院 期 間			
		意見書に記入した労務不能期間		意見書交付				
		自 月 日	至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	日間
		自 月 日	至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	日間
		自 月 日	至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	日間
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨								
備 考	公費負担者番号							
	公費負担医療の受給者番号							

<p>25.3.8からについて 入院診療計画書を作成。 在宅療養を目標としてリハビリテーションを積極的に行い、日常生活動作、QOLを向上させる。</p> <p>患者情報 身長155cm 体重50kg BP140/98 栄養状態良好 体力低下著明 …関節リウマチ、左膝関節炎の増悪、腸腰筋腫瘍、長期の薬物投与、関節骨破壊等により 歩行困難、現在は車椅子使用(他人の操作)。 関節炎は感染は否定的で、関節リウマチの増悪と考えられる。</p> <p>作業療法士の処方 評価－関節可動域・筋力(両上肢、手指) ADL9点 訓練－関節可動域・筋力増強訓練(四肢、手指)、ADL訓練</p> <p>理学療法士の処方 運動療法－関節可動域訓練(左膝関節、両股関節) 筋力増強訓練(両下肢) 起立・歩行訓練</p> <p>25.3.18 今後の治療計画について、患者に説明。 自立歩行が可能になるのは難しいと考えられ、当面移動は車椅子中心になる。 リハビリ後は膝関節の装具による固定を行い、自宅復帰を目指す。 同居家族なし。 訪問診療、訪問介護、看護職員の訪問による相談・支援、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの介護保険制度のサービス利用により、現状の維持又は改善が期待できる。</p> <p>25.3.28 介護申請のため、主治医意見書作成。 ▶障害高齢者の日常生活自立度－B2 ▶認知症高齢者の日常生活自立度－自立 ▶短期記憶－自立 ▶日常の意思決定を行うための認知能力－自立 ▶自分の意思の伝達能力－伝えられる ▶食事－なんとか自分で食べられる ▶問題行動－無</p>	<p>25.3.8 Rp①プレロン錠5mg 2T 分2×10日分 ②リファジンカプセル150mg 3T レボフロキサシン錠100mg「サワイ」 3T 分3×10日分 ③メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」 1T 分1×10日分</p> <p>運動器リハビリテーション(Ⅱ) 6単位 B-CRP</p> <p>25.3.9～ リハビリ継続</p>
---	--

主治医意見書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
主治医意見書	介護被保険者主治医	市区町村	介護認定審査会

※65歳以上の高齢者が自立した日常生活を送るために、心や身体の機能状態を見て介護の必要性を判断するものです。

【記載事項】

①申請者

- ・申請者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先を記入します。申請者が施設に入院・入所している場合は施設の名称、住所、電話番号を記入します。

②介護サービス計画に利用されることの同意等

- ・介護サービス計画作成時にこの意見書の内容が利用されることの是非（同意・不同意）について該当項目に☑を記入します。医師の氏名欄は医師に最終確認をしてもらう際に、直筆で署名または押印をしてもらいます。（ゴム印等を使用する場合は捺印を行います。）その他、医師の所属する医療機関名、所在地、電話、FAX 番号を記入します。

③最終診察日

- ・診療録等の記載をもとに最終診察日を記入します。

④意見書作成回数

- ・主治医意見書の写し等をもとにいずれか該当する方に☑を記入します。

⑤他科受診の有無

- ・医事課への確認及び診療録等の確認を行った上で該当項目に☑を記入します。

⑥傷病に関する意見

- ・主治医への確認と診療録等の記載をもとに記入します。

⑦特別な医療

- ・主治医への確認と診療録等の記載をもとに該当項目に☑を記入します。ただし、医師でなければ行えないもの及び家族（又は本人）が自分で行えるものが除きます。（介護の手間を判断するために必要な情報）。

⑧心身の状態に関する意見

- ・主治医への確認と診療録等の記載をもとに記入もしくは該当項目に☑を記入します。

⑨生活機能（※）とサービスに関する意見

- ・主治医への確認と診療録等の記載をもとに記入もしくは該当項目に☑を記入します。

⑩特記すべき事項

- ・要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を主治医への確認と診療録等の記載をもとに記入します。

主治医意見書①

主治医診療報告書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) _____	男・女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 () _____
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 () _____		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
2. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
3. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 () _____
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____]	専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)
四肢欠損 (部位: _____)
麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助
 現在の栄養状態 □良好 □不良
 → 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
通所リハビリテーション その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 □特になし □あり (_____) ・移動 □特になし □あり (_____)
 ・摂食 □特になし □あり (_____) ・運動 □特になし □あり (_____)
 ・嚥下 □特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
無 有 (_____) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

過 有
敏 症
症 無

診 療 録

公費負担者番号				公費負担医療の 受給者番号				保険者番号				0	1	1	3	9	5	8	6
受 診 者	氏 名		平 八 重						記号・番号		10・135								
	生年月日		明大(昭)平 52年 4月 23日		男(女)		有効期限		平成 年 月 日										
	住 所		東京都三鷹市牟礼8-8-8 電話 0422-〇〇-〇〇〇〇						被 保 険 者 氏 名										
	職 業		主婦		被保険者 との続柄		妻		資 格 取 得		昭・平 年 月 日								
									事 業 所		所在地								
								保 険 者		所在地									
										名 称									
										名 称									
傷 病 名				職 務	開 始	終 了	転 帰	期 間 満 了 予 定 日											
左手舟状骨骨折				上・外	25年 2月 20日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日											
左胸部打撲				上・外	25年 2月 20日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日											
左手擦過傷				上・外	25年 2月 20日	25年 2月 28日	(治ゆ)死亡・中止	年 月 日											
				上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日											
既往症・原因・主要症状・経過等								処 方 ・ 手 術 ・ 処 置 等											
<p>25.2.20 本日14:00頃、自転車で行中車と接触、左側に倒れた際に道路に手をついた。 左手の平に擦過傷、左手に痛み、腫れが出たため、15:00頃外来受診。</p> <p>画像検査の結果、胸部は異常なし。 左手舟状骨骨折の疑い。 副木固定をし、安静にするよう指示。</p>								<p>25.2.20 胸部デジタルX-P(画像記録用 四ツ切×2枚) 左手デジタルX-P(画像記録用 六ツ切×2枚) 副子固定 Rp①ロキソニン錠 3T 分3×3日分 Rp②ステイバンパップ40mg 6枚(1日2回) 湿布処置(ステイバンパップ40mg 1枚) 創傷処置(100cm²未満) ボビヨード液10% 5mL</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>医療機関名：田端病院 住所：東京都北区田端7-7-7 電話番号：03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 医師：佐野 良介 (整形外科)</p> </div>											
傷 病 名				労 務 不 能 に 関 する 意 見				入 院 期 間											
				意見書に記入した労務不能期間		意見書交付													
				自 月 日	日 間	年 月 日	自 月 日	日 間											
				自 月 日	日 間	年 月 日	自 月 日	日 間											
				自 月 日	日 間	年 月 日	自 月 日	日 間											
				自 月 日	日 間	年 月 日	自 月 日	日 間											
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨																			
備 考								公費負担者番号											
								公費負担医療の 受給者番号											

<p>25.2.21 胸部の痛み継続。 手部の痛みは増強、腫れも治まらない。 22日10:00MRI予約</p> <p>警察提出用の診断書作成。</p> <p>25.2.22 MRIの結果、左手舟状骨骨折の診断。 ギプス固定により癒合まで安静にするよう指示。</p> <p>25.2.28 自動車損害賠償責任保険診断書作成</p>	<p>25.2.21 胸部デジタルX-P(画像記録用 四ツ切2枚) 左手デジタルX-P(画像記録用 六ツ切2枚) 湿布処置 do</p> <p>25.2.22 左手MRI(画像記録用 四ツ切4枚) 湿布処置 do Rp① do 7日分 ギプス包帯</p> <p>25.2.28 Rp③ロキソニン錠 1T 3P</p>
---	--

自動車損害賠償責任保険診断書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
自動車損害賠償責任保険診断書	被害者(患者)	医療機関	損害保険会社

※交通事故による被害者を救済するため、加害者が負うべき経済的な負担を補填する。

【記載事項】

- ①カルテ番号
 - ・病院の診療録番号（ID）を診療録の記載をもとに記入します。
- ②傷病者住所・氏名
 - ・患者の住所、氏名、性別、生年月日を診療録の記載をもとに記入します。
- ③傷病名・治療開始日、治ゆまたは治ゆ見込日
 - ・傷病者に対して治療を行った傷病名、治療開始日は診療録等の記載をもとに、治ゆ日、治ゆ見込日は医師の指示のもとに記入します。
- ④症状の経過・治療の内容及び今後の見通し
 - ・受傷日は、③の傷病名が発生した日を、診療録等の記載をもとに記入します。下の空欄には、傷病の状態や経過、治療内容を、また手術を行った場合は、手術日を診療録の記載をもとに記入します。検査や画像診断（レントゲンなど）を行った場合は、その結果を診療録等の記載をもとに「主たる検査所見」の欄に記入します。
- ⑤初診時の意識障害
 - ・該当する項目を診療録等の記載をもとに○で囲みます。ありの場合は、その程度や意識障害が続いた期間を記入します。
- ⑥既往症及び既存障害
 - ・該当する項目を診療録等の記載をもとに○で囲みます。ありの場合は、その内容を診療記録等の記載をもとに記入します。
- ⑦後遺障害の有無
 - ・該当する項目を診療録等の記載をもとに○で囲みます。
- ⑧入院治療
 - ・入院した期間と入院日数を診療録等の記載をもとに記入します。
- ⑨通院治療
 - ・通院した期間と通院日数を診療録等の記載をもとに記入します。
- ⑩ギプス固定期間
 - ・診療録等の記載をもとにギプスを固定した日付とギプスを除去した日付を記入します。ギプス固定が継続している場合は固定の日付のみになります。固定具の種類にはギプスの種類（プラスチックギプスなど）を記入します。
- ⑪付添看護を要した期間
 - ・付添看護が行われた場合に付添看護を行った日付と期間を診療記録等の記載をもとに記入します。

⑫診断日

- ・入院期間や通院期間の最終日（至の日付）時点での傷病の状態に該当する項目を診療記録等の記載をもとに○で囲みます。

⑬作成日

- ・文書を作成した日を記入します。

⑭所在地・名称・医師氏名

- ・医療機関の住所・名称を記入します。氏名欄は医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に直筆で署名又は押印をしてもらいます。

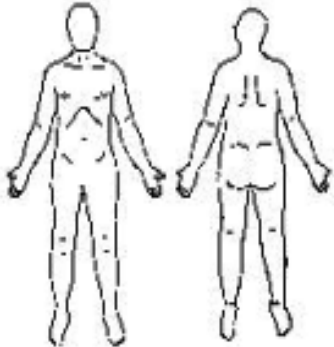
(裏面)

⑮ (受傷部位を図示してください)

- ・③に記入した傷病の部位を診療録等の記載をもとに人体図に図示します。

自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書 様式

自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

氏名			男・女	◆記入にあたってのお願い 1. この用紙は、自動車損害賠償責任保険における後遺障害認定のためのものです。交通事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。 2. 歯牙傷害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。 3. 後遺障害の等級は記入しないでください。		
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)				
住所			職業			
受傷日時	年 月 日		症状固定日	年 月 日		
当院入院期間	自	年 月 日 ()日間	当院通院期間	自	年 月 日 実治療日数 年 月 日 ()日	
傷病名				既存障害	今回事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)	
自覚症状						
各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目や有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください)。						
① 他覚症状および検査結果 精神・神経の障害	知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。 X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください。 眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。					
						
② 胸腹部臓器・生体	各臓器の機能低下の程度と具体的な症状を記入してください。 生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください。					
③ 眼球・眼瞼の障害	視力		調節機能		視野	眼瞼の障害
	裸眼	矯正	近点距離	遠点距離			調節力
	右		cm	cm	()D	イ. 半盲(1/4半盲を含む) ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください)
	左		cm	cm	()D	
眼球運動	注視野障害 (全方向 1/2 以上の障害)		右 左	複視	イ. 正面視 ロ. 左右上下視	イ. 未了欠損 ロ. まっぴげ目 ハ. 開瞼・閉瞼障害
眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を①の欄に記入してください。						(図示してください)

④ 聴力と耳介の障害	オーディオグラムを添付してください				耳介の欠損		⑤ 鼻の障害		⑥ 顔状障害(採皮痕を含む)			
	イ. 感音性難聴 (右・左) ロ. 伝音性難聴 (右・左) ハ. 混合性難聴 (右・左)		聴力表示 イ. 聴力レベル ロ. 聴力損失		イ. 耳介の 1/2 以上 ロ. 耳介の 1/2 未満 (右辺欄に図示してください)		イ. 鼻軟骨部の欠損 (右辺欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚喪失 ニ. 嗅覚減退		1. 外傷 イ. 顔部 2. 上肢 ロ. 顔面部 3. 下肢 ハ. 顔部 4. その他			
	検査日		6分平均		最高明瞭度		耳鳴		⑦ しゃく・言語の障害			
	第1回	年 月 日 右	dB	dB	%	聴力レベル 30dB 以上の難聴を伴う 耳鳴を対象としま す 右・左	原因と程度 (摂食可能な食 物、発音不能な語言など) を左前①欄に記入してく ださい。		⑧ 示してください			
	第2回	年 月 日 左	dB	dB	%							
第3回	年 月 日 右	dB	dB	%								
⑤ 脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼(骨折切除・固定術を含む)の部位 X-Pを添付してください				運動障害 (部位と程度)		イ. 頸椎部 ロ. 胸腰椎部 前屈 度 後屈 度 右屈 度 左屈 度 右回旋 度 左回旋 度		荷重機能障害 定時コルセット 装着の必要性 有・無			
	I. 腕骨部 II. 肩甲骨部 ロ. 胸骨 中. 背椎部 ハ. 肋骨 (採皮によってわかる程度) X-Pを添付してください				I. 腕骨部 II. 肩甲骨部 ロ. 胸骨 中. 背椎部 ハ. 肋骨 (採皮によってわかる程度) X-Pを添付してください		I. 腕骨部 II. 肩甲骨部 ロ. 胸骨 中. 背椎部 ハ. 肋骨 (採皮によってわかる程度) X-Pを添付してください		I. 腕骨部 II. 肩甲骨部 ロ. 胸骨 中. 背椎部 ハ. 肋骨 (採皮によってわかる程度) X-Pを添付してください			
⑧ 上肢・下肢および手指・足指の障害	短箱		右下肢長	cm			I. 腕骨部 II. 肩甲骨部 ロ. 胸骨 中. 背椎部 ハ. 肋骨 (採皮によってわかる程度) X-Pを添付してください					
			左下肢長	cm								
	欠損	上肢		下肢		手		指		足		
		(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)	
関節機能障害	関節名	運動の種類	他動		自動		関節名	運動の種類	他動		自動	
			右	左	右	左			右	左	右	左
			度	度	度	度			度	度	度	度
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください												
上記のとおり診断いたします。						所在地 名称 診療科 医師氏名						
診療日 平成 年 月 日						印						
診断書発行日 平成 年 月 日												

過敏症
有無

診 療 録

公費負担者番号						保険者番号	0	1	2	6	0	0	1	7
公費負担医療の受給者番号						記号・番号	8 6 3 3 5 5 2 0 ・ 1 2 5 6							
受診者	氏名	青山 静夫				被保険者氏名								
	生年月日	明大昭平	26年	2月	4日	資格取得								
	住所	東京都立川市富士見町9-9-9 電話:042-○○○-○○○○				所在地								
	職業		被保険者との続柄	本人	所在地	〇〇健康保険組合								
傷病名		職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日								
高血圧症		上・外	15年 8月 10日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日								
逆流性食道炎		上・外	19年 9月 7日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日								
慢性心不全		上・外	19年 9月 7日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日								
心筋梗塞		上・外	25年 4月 5日	25年 4月 6日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日								
既往症・原因・主要症状・経過等						処方・手術・処置等								
<p>平成25年4月5日 主訴：胸痛</p> <p>現病歴 ：53歳から高血圧症にて近医通院中</p> <p>現病歴 ：5年前から逆流性食道炎、慢性心不全の診断で近医にて内加療中。死亡3日前から嘔吐を繰り返し、死亡前日朝、胸痛が出現。自宅にて倒れているのを家族に発見され、救急受診。急性心筋梗塞と診断した。</p> <p>左前下行枝seg7の100%狭窄病変に対してPCI、Dureflex stent留置を施行し、狭窄は0%に改善したが、胸部圧迫感は残存。</p> <p>検査所見 ：末梢血液一般 ⇒RBC 467万/μl、Ht 42.5%、Hb 14.6g/dl、WBC 16,600/μl、血小板 13.3万</p> <p>生化学 ⇒CRP 5.1mg/dl、GOT 272IU/l、LDH 989IU/l、γ-GTP 55IU/l、CK 2152IU/l、BUN 32mg/dl、Scr1.7mg/dl、Glu 245mg/dl、HbA1c 6.0%</p> <p>動脈血ガス分析（鼻カニューラ3l/min） ⇒pH 7.442、pCO 229.9mmHg、HCO 319.9mmHg、BE-3.0、SpO2 97.6%</p> <p>胸部Xp ⇒心拡大（CTR64%）及び肺うっ血像</p> <p>心電図 ⇒洞性頻脈（HR103/分）、V2-6でQSパターン及びST上昇、II、III、aVFで異常Q波及びST上昇</p>														

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>平成25年4月6日</p> <p>: AM0:57 血圧が徐々に低下する。 AM1:20 非開胸的心マッサージを開始する。 AM1:30 死亡を確認 (非開胸的心マッサージ終了) 遺族の承諾を得て、病理解剖を施行。</p> <p>最終病理診断</p> <p>I. 心筋梗塞 II. 循環障害性障害 III. 脂肪肝 (門脈域を中心として軽度線維化を伴う) IV. 食道潰瘍 V. 十二指腸潰瘍 VI. 局所性リンパ球性甲状腺</p> <p>病理解剖</p> <p>: 左冠状動脈の支配領域にあたり前壁、中隔、後壁に貫壁性の広範な出血性梗塞を認めた。組織学には、出血性梗塞を呈する急性心筋梗塞であり、一部に好中球湿潤も伴っていた。ステント留置後の左前下行枝を含む冠状動脈に閉塞は見られない。諸臓器には循環不全によるうっ血が見られた。食道には逆流性食道炎が矛盾しないECJ部での潰瘍に加え、多発性食道潰瘍が見られた。肥満に伴う肝脂肪が見られ、門脈域を中心とした軽度の線維化が認められた。</p> <p>評価</p> <p>: 患者は死亡3日前から嘔吐を繰り返し、この時点で狭心症、若しくは心筋梗塞を発症していたものと考ええる。</p>	
<p>病院 施設概要</p> <p>所在地：東京都立川市曙町1-1-1</p> <p>名称：北縄大学病院</p> <p>医師：後藤 亮／消化器科</p> <p>一般病院（220床）内科</p> <p>平均在院日数 18日</p> <p>10対1入院基本料（看護比率70%）</p>	

死亡診断書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
死亡診断書・死体検案書	親族等	医療機関	市区町村窓口へ提出

【記載事項】

- 死亡診断書→医師が診療又は診療した患者について発行する。
- 死体検案書→異常死の場合・診療中でない人の死体の場合に、その死因や死亡日時について証明する。

死亡診断書(死体検案書)は、人の死亡に関する厳粛な医学的かつ法律的証明であり、死亡者本人の死亡に至るまでの過程をできる限り詳細に論理的に表す公文書です。

まず、死亡診断書か死体検案書かを判断します。臨終に立ち会い、死を見届けた医師が作成する場合は、「死亡診断書」となり、生前から診療していない人の死に対して検案した場合は、「死体検案書」となります。

①氏名・性・生年月日

- ・氏名は戸籍簿に登録されているものを記載する。俗名、芸名またはペンネームは認められない。生年月日が不明の場合でも、年齢が推定できる場合は推定年齢をカッコを付して記入する。

②死亡したとき

- ・医学的に正しい時刻を記載する。これは、死亡を確認した時刻、又は、蘇生処置をやめた時刻ではないため、その点に注意が必要である。

③死亡の要因

- ・傷病名は、医学界で通常用いられるものを記入し、略語やあまり使用されない医療用語は避ける。また、Ⅰ欄・Ⅱ欄ともに疾患の終末期としての心不全や呼吸不全等は書かないものとする。当該問題においては、死亡の直接原因「心筋梗塞」を記載し、そのようになった原因である傷病名をその下に時系列順に記載する。

④手術

- ・Ⅰ欄・Ⅱ欄の傷病名等に関係の手術についてのみ記入する。手術を施行した場合、2を○で囲み、術式又は診断名と関連のある所見を分かる範囲で記入する。

⑤解剖

- ・解剖を実施した場合、2を○で囲み、Ⅰ欄・Ⅱ欄の傷病名等に関連のある解剖の主要所見(病変の部位、性状、広がり等)を記入する。

⑥最後に、患者の死亡を見届けた医師の氏名と医療機関情報を記載する

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

氏名	1 男	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年 月 日	
	2 女		（生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください）	午前・午後 時 分	
死亡したとき	平成 年 月 日 午前・午後 時 分				
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他			
	死亡したところ (死亡したところの種別1-5) 施設の名称				
死亡の要因 ◇ I 欄、II 欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◇ I 欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください ◇ I 欄の傷病名の記載は各欄1つにしてください ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	I	(ア)直接死因		発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 ◇年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例:1年3ヶ月、5時間20分)	
		(イ)(ア)の原因			
		(ウ)(イ)の原因			
		(エ)(オ)の原因			
	II	直接には死因に関係しないが I 欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等			
手術	1無 2有	部位及び主要所見		手術年月日	平成 昭和 年 月 日
解剖	1無 2有	主要所見			
死因の種類	1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2交通事故死 3転倒・転落 4溺死 5煙、火災及び火焰による損傷 } { 6窒息 7中毒 8その他 } その他及び不詳の外因死 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因死 12不詳の死				
外因死の追加事項	障害が発生したとき	平成 昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	し 障 た 害 が 発 こ 生	都道 府県	
◇伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	障害が発生したところの種別	1住居 2 工事及び建設現場 3道路 4その他()		市 区 郡 町村	
	手段及び状況				
生後1年未満で病死した場合の追加の追加事項	出生時体重 グラム	単胎・多胎の別 1単胎児 2多胎(子中第 子)	妊娠週間 満 通		
	妊娠・分娩時における母体の病態又は症状	母の生年月日 昭和 平成	前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以降に限る)		
その他特に付言すべきことから					
上記の通り診断する			診断年月日	平成 年 月 日	
			本診断書発行年月日	平成 年 月 日	
(病院、診療所若しくは老人 保険施設等の名称及び所在地又は医師の住所)					
(氏名)		医師			

添削問題 症例

DPC 入院情報

診療科：循環器

入院日：2013/05/31 退院日：2013/06/07

包括開始日：2013/05/31

診断群分類：05：循環器系疾患

診断群名称：0050：狭心症、慢性虚血性心疾患 病名：労作性狭心症（I208）

手術：経皮的冠動脈ステント留置術 2013/06/01 K549

処置① 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）左心カテーテル（D2062）

処置② なし

傷病名 対象の副傷病名なし

診断群分類番号：050050xx0200xx

→心臓カテーテル検査は「手術・処置等 1」分岐：なしで扱う

入院期間条件 （樹形図番号⑮258）

①05/31～06/02 2585点 ×3

医療機関別係数：1.4856

②06/03～06/04 1742点 ×2

暫定調整係数：0.1352

③06/05～06/07 1481点 ×3

基礎係数：1.1565

機能評価係数 I：0.1755 係数 II：0.0184

包括点数 15682点×1.4856=23297.1792…23297点

既往歴・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>5/31</p> <p>本日、心カテ精査目的で入院 外来にて血液検査、心電図施行、ABI 施行 する</p>	<p>5/31</p>
<p>6/1</p> <p>心カテ施行</p> <p>・CAG : 1VD RCA : intact LMT : #7p 90% LCX : intact 今後の方針 : LAD PCI 後日、PCI の予定としたが、6/1 16 時よ り胸痛あり、不安定狭心症と診断。 LAD PCI 施行 Rt femoral より穿刺</p> <p>施行後、病棟にて心電図実施</p> <p>今後の方針 : 8M study</p>	<p>RP①プラビックス錠 (75) 4 錠、 1 日 1 回、昼食後 ②フロモックス錠 (10) 3 錠 1 日 3 回、朝・昼・夕食後 3 日分 点滴①ハルトマン液 500ml 7 瓶 輸液セット 200 型タコ管つき JY-A200CN 末梢ルート管理 処置 バイオキャスフォーリーカテーテル (2 管一般 (II) 1 本 キシロカインゼリー (2%1ml) 5ml 経皮的冠動脈ステント留置術 経皮的冠動脈形成術併施 血管内超音波併施 機材類省略 呼吸心拍監視 (1 日-7 日迄)</p>
<p>PCI 後、胸部症状改善あり、その経過順調で 6/7 退院予定</p>	<p>6/5</p> <p>血液検査 TP,BIL、GOT.GPT,ALP、LDH、γ-GTP CHE、BUN、クレアチニン、NACL、K 入院初回 末梢血液一般、像、C 反応性蛋白 (定量)</p>
	<p>6/3</p> <p>RP プラビックス錠 (75) 1 錠 リバロ錠 (2) 1 日 1 回 朝食後 5 日</p>

既往歴・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
	<p>6/5 血液検査 TP,BIL、GOT.GPT,ALP、LDH、γ-GTP CHE、BUN、クレアチニン、NACL、K 入院初回 末梢血液一般、像、C反応性蛋白（定量）</p>
<p>6/7 本日退院 紹介状（クリニック） 退院時薬剤指導 薬剤管理指導（プラビックス）</p>	<p>6/7 RP プラビックス錠（75）1錠 リバロ錠（2） 1日1回 朝食後 15日（退院時処方）</p>

医学一般（主要症状）

日常診療でよく遭遇するありふれた症状には以下のようなものがあります。

A. 一般的な訴え

- ① 発熱 (Fever)
- ② 全身倦怠感 (General Malaise)
- ③ 体重減少 (Body Weight Loss)
- ④ 食欲低下・食思不振 (Appetite Loss / Anorexia)
- ⑤ 肥満 (Obesity)
- ⑥ 浮腫 (Edema)

B. 神経・運動系の障害

- ① 意識障害 (Consciousness Disturbance)
- ② 頭痛 (Headache)
- ③ めまい (Vertigo / Dizziness)
- ④ 痙攣 (Convulsion)
- ⑤ 運動障害 (麻痺を含む) (Motor Disturbance)
- ⑥ 感覚障害 (Sensory Disturbance)
- ⑦ 関節痛 (Arthralgia)

C. 頭頸部の障害

- ① 視覚障害 (Field Defects)
- ② 咽頭痛・嚥下痛 (Sore Throat / Swallow Pain)
- ③ 嗄声 (Hoarseness)

D. 胸部の障害

- ① 胸痛 (Chest Pain)
- ② 呼吸困難 (Dyspnea)
- ③ 咳／喀痰 (Cough / Sputum)
- ④ 動悸・心悸亢進 (Palpitation)
- ⑤ 胸やけ (Heartburn)

E. 腹部の障害

- ① 悪心／嘔吐 (Nausea / Vomiting)
- ② 便秘／下痢 (Constipation / Diarrhea)
- ③ 腹痛 (Abdominal Pain)
- ④ 黄疸 (Jaundice)
- ⑤ 腹部膨隆／腹水 (Abdominal Swelling / Ascites)
- ⑥ 吐血／消化管出血 (下血) (Hematemesis / Melena)

F. 皮膚の障害

- ① 発疹 (Rash , Exanthema)

G. 血液学的異常

- ① 貧血 (Anemia)
- ② 出血傾向 (紫斑・点状出血) {Bleeding Tendency (Purpura / Petechiae)}
- ③ リンパ節腫脹 (Lymph Node Swelling , Lymphadenopathy)

医療用語の類音語

医療用語には以下のような類音語があります。気をつけましょう。

1. 疾患、作用等

✓	かんぼうやく	()	かんぼうやく	()
✓	こうあつ	()	こうかつ	()
✓	しゅつけつ	()	しけつ	()
✓	ちょうえん	()	しょうえん	()
✓	しんふぜん	()	じんふぜん	()
✓	しつう	()	いつう	()
✓	びえん	()	いえん	()
✓	たいじょうほうしん	()	たんじゅんほうしん	()
✓	りにょう	()	いにょう	()
✓	どうにょう	()	ぼうにょう	()

2. 身体部分

✓	しんぞう	()	じんぞう	()
✓	おうもんきん	()	こうもんきん	()
✓	にんぷ	()	いんぷ	()
✓	てくび	()	ちくび	()
✓	のうない	()	こうない	()
✓	ちょう	()	にょう	()

3. 医薬品

✓	いぐすり	()	めぐすり	()
✓	いんがい	()	いんない	()
✓	がんそうざい	()	かんそうざい	()
✓	さんざい	()	さんざい	()
✓	はんじょう	()	さんじょう	()
✓	はんとう	()	さんとう	()
✓	びたみん	()	ひすたみん	()
✓	こうせいしんびょうやく	()		
	こうせいしんやく	()		
	きょうしんしょうやく	()		

医師事務作業補助者
問題集
上級
回答

～ 目 次 ～

【入院・手術証明書】		
◆入院診療計画書	.....	p.5
◆手術説明同意書	.....	p.7
【退院サマリー】		
◆退院療養計画書	.....	p.9
◆退院証明書	.....	p.11
【入院・手術証明書】		
◆検査・手術同意書	.....	p.13
◆入院・手術・通院等証明書（診断書）	.....	p.15
【医療要否意見書（生保）】		
◆医療要否意見書（生保）	.....	p.19
【主治医意見書】		
◆主治医意見書	.....	p.22
【自動車損害賠償責任保険診断書】		
◆自動車損害賠償責任保険診断書	.....	p.26
【死亡診断書】		
◆死亡診断書	.....	p.30
【医療用語の類音語】	.....	p.32

解 答 (入院診療計画書)

入院診療計画書

※入院治療を行うにあたり、その施設で当該疾患の診療における診療行為の内容についての計画書です。

桜井 晴人 様

入院年月日	平成24年 11月 22日
病棟・病室	〇〇 棟 △△ 階 ××× 号室
主病名その他 考え得る病名	急性虫垂炎
症 状 主 訴	11月22日、心窩部痛発生。 右下腹部の痛みが強くなり、AM4:00頃緊急外来にて受診。 白血球数13,400、嘔吐5回、X-P、CTの結果虫垂炎と判断。
治療計画	<input type="checkbox"/> 保存療法 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精 査 <input checked="" type="checkbox"/> 手 術 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査予定	<input checked="" type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> 血管撮影 <input type="checkbox"/> 心 カ テ <input type="checkbox"/> 内視鏡 超音波 <input type="checkbox"/> その他 ()
手術予定	腹腔鏡下虫垂切除術 (11月22日施行)
推定入院期間	およそ 6 (日) 週間・カ月
医師以外の 関連職種	職 種 麻酔科医 氏 名 朝野 智宏
その他(看護 ・リハビリ等 の計画)	リハビリ予定なし。 術後処置。

*病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものであります。

*入院期間については、現時点で予想されるものです。

平成24年 11月 22日

外科 医師 笠井 顕良 印

解説 (入院診療計画書)

入院診療計画書

※入院治療を行うにあたり、その施設で当該疾患の診療における診療行為の内容についての計画書です。

桜井 晴人 様

入院年月日	平成24年 11月 22日
病棟・病室	〇〇 棟 △△
主病名その他 考え得る病名	急性虫垂炎
症状 主訴	11月22日、心窩部痛発生。 右下腹部の痛みが強くなり、AM4:00頃緊急外来にて受診。 白血球数13,400、嘔吐5回、X-P、CTの結果虫垂炎と判断。
治療計画	<input type="checkbox"/> 保存療法 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精査 <input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査予定	<input checked="" type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 心カテ <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()
手術予定	腹腔鏡下虫垂切除術 (11月22日施行)
推定入院期間	およそ 6 (日) 週間・カ月
医師以外の 関連職種	職種 麻酔科医 氏名 朝野
その他(看護・ リハビリ等の 計画)	リハビリ予定なし。 術後処置。

重要なポイントは主病名です。
考えられる病名は急性虫垂炎です。
計画書を作成する時点では確定して
います。

症状、主訴欄はCT、血液検査の結果の
内容を記載する。

手術予定欄はどのような手術をいつ
実施するか、また、どのような麻酔を
用いるか記載する。

*病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものであります。
*入院期間については、現時点で予想されるものです。

平成24年 11月 22日

外科 医師 笠井 顕良 印

解 答（手術説明同意書）

手術説明同意書

私、桜井 晴人 は、以下の手術が行われることについて説明を受け、同意をいたします。

病名：急性虫垂炎

手術名：腹腔鏡下虫垂切除術

手術予定日：11月22日

麻酔方法：腰椎麻酔

手術の目的と方法：虫垂炎切除（腹腔鏡下による）

術後の経過予想：検査を行い、様子を見る（白血球数、CRP）

手術の危険性と合併症について：出血、イレウス

通常発生しないが、起こりうる重大な合併症：なし

以上、重大な障害を起こさないよう、十分注意して慎重に手術いたします。
万が一、上記及び他の合併症を生じたときは、早期に適切な対処をする努力をいたします。

平成24年11月22日 氏名 桜井 晴人 ⑩

解 説 (手術説明同意書)

手術説明同意書

私、桜井 晴人 は、以下の手術が行われることについて説明を受け、同意をいたします。

病名：急性虫垂炎

手術名：腹腔鏡下虫垂切除術

手術予定日：11月22日

麻酔方法：腰椎麻酔

検査や手術に際して、医師が説明を行い、十分理解した上で署名、捺印をもらう。

手術の目的と方法：虫垂炎切除（腹腔鏡下による）

術後の経過予想：検査を行い、様子を見る（白血球数、CRP）

手術の危険性と合併症について：出血、イレウス

通常発生しないが、起こりうる重大な合併症：な

病名、手術名、麻酔の方法をカルテより記載する。

以上、重大な障害を起こさないよう、十分注意して慎重に手術いたします。
万が一、上記及び他の合併症を生じたときは、早期に適切な対処をする努力をいたします。

平成24年11月22日 氏名 桜井 晴人 ⑩

解 答 (退院療養計画書)

退院療養計画書

(患者氏名) 桜井 晴人 殿

平成24年11月26日

病棟 (病室)	〇〇棟△△階×××号室
主治医外の担当者名	麻酔科 朝野智宏
予想される退院日	11月27日
退院後の治療計画	日常生活について指導 (創部異状なし) 退院後は外来にてフォロー (担当: 笠井) 次回は1週間後来院予定
退院後の療養上の留意点	急に無理な動作をしないこと 退院時投薬 ロキソニン 60mg 3T ケフレックスカプセル 250mg 3C 分3×7日分
退院後必要となる 保健医療サービス 又は福祉サービス	リハビリなし
そ の 他	なし

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 笠井 顕良 ⑩

解 説 (退院療養計画書)

退院療養計画書

(患者氏名) 桜井 晴人 殿

平成24年11月26日

病棟 (病室)	〇〇棟△△階×××号室
主治医外の担当者名	麻酔科 朝野智宏
予想される退院日	11月27日
退院後の治療計画	日常生活について指導 (創部異状なし) 退院後は外来にてフォロー (担当: 笠井) 次回は1週間後来院予定
退院後の療養上の留意点	急に無理な動作をしないこと 退院時投薬 ロキソニン 60mg 3T ケフレックスカプセル 250mg 3C 分3×7日分
退院後必要となる 保健医療サービス 又は福祉サービス	リハビリなし
そ の 他	なし

退院予定日は、カルテより記載する。

退院後の治療方針は、来院・転院・死亡にわかる。
この患者は外来にて通院と記載する。

投薬は、退院時投薬についても薬剤名・力価・何日分かを忘れずに記載する。

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 笠井 顕良 ⑩

解答 (退院証明書)

退院証明書

※入院診療が終了し退院を証明するものです。

患者氏名： 桜井 晴人	性別： <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
生年月日： 明・大・昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 2年 1月 21日生	22歳
患者住所： 東京都国立市東9-8-7	
電話番号： 042-501-6543	
1. 当院の入院にかかる主な傷病名	
傷病名	転 帰 転帰日付(3)以外
① 虫垂炎	(1) (2) (3)
②	(1) (2) (3)
③	(1) (2) (3)
注) 転帰欄：(1)治癒 (2)寛解状態 (3)その他	
2. 当院入院期間 24年 11月 22日 ~ 24年 11月 27日	
3. 当院における算定入院基本料等	
入院料等の種別	入 院 期 間
①	24年 11月 22日 ~ 24年 11月 27日
②	年 月 日 ~ 年 月 日
③	年 月 日 ~ 年 月 日
4. 選定療養除外期間	
① 年 月 日 ~ 年 月 日 日間	
理由：対象外入院料，治癒（寛解状態），除外事項該当他（ ）	
② 年 月 日 ~ 年 月 日 日間	
理由：対象外入院料，治癒（寛解状態），除外事項該当他（ ）	
5. 当院退院日における通算対象入院料を算定した期間	6 日間
6. その他	

24年 11月 27日

上記のとおり証明します。

医療機関名 高沢総合病院
 所在地 東京都新宿区西新宿1001
 医師氏名 笠井 顕良 印
 電話番号 03-0000-0000

解説 (退院証明書)

退院証明書

※入院診療が終了し退院を証明するものです。

患者氏名： 桜井 晴人	性別： (男) ・ 女	
生年月日： 明・大・昭・(平) 2年 1月 21日 生	22 歳	
患者住所： 東京都国立市東9-8-7		
電話番号： 042-501-6543		
1. 当院の入院にかかる主な傷病名	生年月日、住所、電話番号、入院期間など、数字を記入する欄が多くあるので、間違えないように確認する。	
傷病名		
① 虫垂炎 (1)		(1) (2) (3)
② (1) (2) (3)		(1) (2) (3)
③ (1) (2) (3)		
注) 転帰欄：(1)治癒 (2)寛解状態 (3)その他		
2. 当院入院期間	24年 11月 22日 ~ 24年 11月 27日	
3. 当院における算定入院基本料等		
入院料等の種別	入院期間	
①	24年 11月 22日 ~ 24年 11月 27日	
②	年 月 日 ~ 年 月 日	
③	年 月 日 ~ 年 月 日	
4. 選定療養除外期間		
①	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	
理由：対象外入院料，治癒（寛解状態），除外事項該当他（	）	
②	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	
理由：対象外入院料，治癒（寛解状態），除外事項該当他（	）	
5. 当院退院日における通算対象入院料を算定した期間	6 日間	
6. その他		

24年 11月 27日

上記のとおり証明します。

医療機関名 高沢総合病院
所在地 東京都新宿区西新宿1001
医師氏名 笠井 顕良 印
電話番号 03-0000-0000

解 答 (検査・手術同意書)

検査・手術同意書

※検査や手術に際して、医師が説明を行い、十分に理解をした上で、署名・捺印してもらうためのものです。

説明事項

1. 病名・症状 腸閉塞（平成25年1月18日）
2. 検査名・手術名とその内容および実施予定日 腹腔鏡下腸管癒着剥離術（1月22日）
3. 麻酔の方法 硬膜外麻酔（腰部）
4. 検査・手術の必要性と危険性 保存療法では改善がみられず、外科療法となる。
5. 検査・手術を行わなかった場合の予後 腸捻転、腹痛、腸の張り
6. 考えられる合併症 癒着（術後）
7. 他の治療法との比較（利点と危険性）
8. まれな重大障害（死亡の可能性を含む）
9. その他
10. 交付した説明書類

患者： 赤木 萌子 様の検査・手術について、上記項目について説明いたしました。

25年 1月 21日 14時 00分

医 師 増田 亮介 印

立会者 相沢 忠則（麻酔科） 印

大手町病院 院長 殿

私は、上記内容に従ってこの度の検査・手術に対する説明を受け、その実施に同意します。
また、検査・手術中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜必要な処置を受けることを了承します。

25年 1月 21日

患者氏名 赤木 萌子 印

住 所 東京都立川市曙町9-9-9

代諾者 _____ 印 (続柄：)

住 所 _____

*副本を受領しました。 受領者 赤子 萌子 印

解 説 (検査・手術同意書)

検査・手術同意書

※検査や手術に際して、医師が説明を行い、署名・捺印していただくためのものです。

傷病名、傷病発生年月日をカルテより記載する。記載がない場合は、不詳とする。

説明事項

1. 病名・症状 腸閉塞（平成25年1月18日）
2. 検査名・手術名とその内容および実施予定日 腹腔鏡下腸管癒着剥離術（1月22日）
3. 麻酔の方法 硬膜外麻酔（腰部）
4. 検査・手術の必要性と危険性 保存療法で、改善がみられず、外科療法となる。
5. 検査・手術を行わなかった場合の予後 腸捻転、腸の張り
6. 考えられる合併症 癒着（術後）
7. 他の治療法との比較（利点と危険性）
8. まれな重大障害（死亡の可能性を含む）
9. その他
10. 交付した説明書類

発病から現在までの経過、入院となる経緯、手術の実施などを記載する。

患者： 赤木 萌子 様の検査・手術について、上記項目について説明いたしました。

25年 1月 21日 14時 00分

医師 増田 亮介 印

立会者 相沢 忠則（麻酔科） 印

大手町病院 院長 殿

私は、上記内容に従ってこの度の検査・手術に対する説明を受け、その実施に同意します。
また、検査・手術中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜必要な処置を受けることを了承します。

25年 1月 21日

患者氏名 赤木 萌子 印

住 所 東京都立川市曙町9-9-9

代諾者 _____ 印 (続柄: _____)

住 所 _____

*副本を受領しました。 受領者 赤子 萌子 印

解 答 (入院・手術・通院等証明書 (診断書) (保険会社))

入院・手術・通院等証明書(診断書)(保険会社)

①氏名・性別	カルテ番号() 赤木 萌子	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	②生年 月日	昭和50年 3月 23日	
③傷病名	ア入院等の原因となった傷病名	※「悪性新生物・上皮内新生物」「急性心筋梗塞」「脳卒中」の場合は⑧～⑩項も必ずご記入ください。 腸閉塞			傷病発生年月日 平成25年 1月 18日 いづれかに○をしてください。 <input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告
	イアの原因	不詳			年 月 日 <input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告
	ウ合併症	年 月 日			<input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告
④治療期間	治療期間	初診 平成25年 1月 18日 ~ 年 月 日			<input type="radio"/> 終診(治癒) <input checked="" type="radio"/> 現在加療中 <input type="radio"/> 中止 <input type="radio"/> 転院(入院) <input type="radio"/> 転院(通院)
	入院期間 ※日帰り入院も含みます	※日帰り入院の場合、入院日・退院日は同日をご記入ください。 ※通院は、右面カレンダーへ退院日以降の通院についてご記入ください。			
		第1回目入院	平成25年 1月 18日	~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input checked="" type="radio"/> 現在入院中
		第2回目入院	年 月 日	~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中
第3回目入院	年 月 日	~ 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中		
⑤前医又は紹介医	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※前医・紹介医「有」の場合、詳細をご記入ください。 医師名 医療機関名 その所在地 病名 前医所見日 年 月 日			
⑥発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったか)をご記入ください。 平成25年1月18日の午前から腹痛が起り、痛みが増したので14時半外来受診。 初診時の患者の主訴・所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等) X-P、CTの結果、腸管の詰まりを確認。保存的治療では腹痛が治まらず、外科的治療に移行。 1月22日腹腔鏡下腸管剥離術実施。術後経過良好、問題なし。					
⑦病理組織診断の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※病理組織診断「有」の場合、詳細をご記入ください。 最終病理 組織診断名 診断確定日 年 月 日			
⑧悪性新生物又は上皮内新生物の場合	悪性新生物の性状	<input type="radio"/> 皮膚癌 <input type="radio"/> 上皮内癌 <input type="radio"/> 非上皮内癌 <input type="radio"/> その他	悪性新生物の区分	<input type="radio"/> 原発 <input type="radio"/> 再発 <input type="radio"/> 転移	
	pTNM	T () N () M ()	大腸の場合は組織学的壁深達度	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> sm以深	
	病名告知について	本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた 家族には(年 月 日頃)に病名を()と告げた ※病名を告げた家族氏名()続柄(配偶者・子・)			
⑨急性心筋梗塞の場合	初診日から60日以上、労働制限を必要とする状態が継続しましたか? (ここでいう労働の制限とは軽い家事等の軽労働や事務等の産業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする場合をいいます。)			<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
⑩脳卒中の場合	初診日から60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続しましたか?			<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ ※「はい」の場合、その後遺症の詳細についてご記入ください。	
⑪既往症持病	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※既往症・持病等「有」の場合、詳細をご記入ください。 傷病名 他院()病院・()当院() 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃まで			

解答（入院・手術・通院等証明書（診断書）（保険会社））

⑫手術 今回の傷病 に対して実施 した手術 ※持続ドレ ナーズ等の 処置もご記入 ください。	手術名	1) 腹腔鏡下腸管剥離術		手術日	25年1月22日		筋骨手術の場合	手・足指の場合、MP関節より	筋腱靱帯の場合、その手術操作	口腔手術の場合、顎骨への手術操作	穿頭術の場合	植皮術の場合																				
	診療点数区分コード	(K・J -)					親血	中枢	あり	あり	新たな穿頭術	25㎖以上																				
	手術の種類	該当する項目すべてにし点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 穿頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術(胸腔鏡含む) <input type="checkbox"/> 開腹術(腹腔鏡含む) <input type="checkbox"/> 経皮的手術・処置 <input type="checkbox"/> レーザーによる手術・処置 <input type="checkbox"/> カテーテルによる手術・処置 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ(内視鏡)による手術・処置 (持続ドレナーズ) ※ファイバースコープ(内視鏡)の種類を以下より選択するか、「その他」の場合はご記入ください。 → <input type="checkbox"/> 膀胱鏡 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> 喉頭直達鏡 <input type="checkbox"/> その他()					非親血	関節上	なし	なし	既存の穿頭術を使用	25㎖未満																				
	手術名	2)		手術日	年 月 日		筋骨手術の場合	手・足指の場合、MP関節より	筋腱靱帯の場合、その手術操作	口腔手術の場合、顎骨への手術操作	穿頭術の場合	植皮術の場合																				
診療点数区分コード	(K・J -)					親血	中枢	あり	あり	新たな穿頭術	25㎖以上																					
手術の種類	該当する項目すべてにし点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 穿頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術(胸腔鏡含む) <input type="checkbox"/> 開腹術(腹腔鏡含む) <input type="checkbox"/> 経皮的手術・処置 <input type="checkbox"/> レーザーによる手術・処置 <input type="checkbox"/> カテーテルによる手術・処置 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ(内視鏡)による手術・処置 ※ファイバースコープ(内視鏡)の種類を以下より選択するか、「その他」の場合はご記入ください。 → <input type="checkbox"/> 膀胱鏡 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> 喉頭直達鏡 <input type="checkbox"/> その他()					非親血	関節上	なし	なし	既存の穿頭術を使用	25㎖未満																					
⑬放射線照射 ※内照射も含みます。	療法名 または 照射部位			期間	開始 年 月 日				総線量		ラド																					
	診療点数区分コード	(M -)			終了 年 月 日						グレイ Mci																					
⑭先進医療について	治療の種類	※貴院にて評価療養としての施行が認められている先進医療			治療の実施期間と回数	年 月 日～ 年 月 日																										
		貴院における当該先進医療の承認年月日			技術料	患者が受領した先進医療の技術料のみご記入ください。						円																				
⑮通院日	※カレンダーに当該月をご記入いただき、通院日に○印をつけてください。 なお、入院日のご記入は不要です。																															
診療年月	通院治療費(往診含む)											各月合計																				
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
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
以下の通り証明します											平成 年 月 日	合計	日																			
病院(診療所)所在地					電話番号 () -																											
病院(診療所)名					所属診療科名																											
医師名					Ⓢ																											

解説 (入院・手術・通院等証明書 (証明書) (保険会社))

入院・手術・通院等証明書(診断書)(保険会社)

①氏名・性別	カルテ番号() 赤木 萌子	②生年月日 昭和50年 3月 23日	
③傷病名	ア入院等の原因となった傷病名 腸閉塞	傷病発生年月日 平成25年 1月 18日	
	イアの原因 不詳	傷病名、発生年月日はカルテより記載する。	
	ウ合併症		
④治療期間	治療期間 初診 平成25年 1月 18日 ~ 年 月 日	最終(治療) 現在加療中 中止 転院(入院) 転院(通院)	
	入院期間 ※日帰り入院の場合、入院日・退院日は同日をご記入ください。 ※通院は、右面カレンダーへ退院日以降の通院についてご記入ください。	第1回目入院 平成25年 1月 18日~	現在入院中
	第2回目入院 年 月 日~	現在入院中	
⑤前医又は紹介医	有 無 ※前医・紹介医「有」の場合、詳細をご記入ください。	医師名 病名 前医所見日 年 月 日	
⑥発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったか)をご記入ください。 平成25年1月18日の午前から腹痛が起り、痛みが増したので14時半外来受診。 初診時の患者の主訴・所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等) X-P、CTの結果、腸管の詰まりを確認。保存的治療では腹痛が治らず、外科的治療に移行。 1月22日腹腔鏡下腸管剥離術実施。術後経過良好、問題なし。			
⑦病理組織診断の有無	有 無 ※病理組織診断「有」の場合、詳細をご記入ください。	最終病理 組織診断名 診断確定日 年 月 日	
⑧悪性新生物又は上皮内新生物の場合	悪性新生物の性状 皮膚癌 上皮内癌 非上皮内癌 その他	悪性新生物の区分 原発 再発 転移	
	pTNM T () N () M ()	大腸の場合は組織学的壁深達度 m sm以深	
	病名告知について	本人には()年 月 日頃)に病名を()と告げた 家族には()年 月 日頃)に病名を()と告げた ※病名を告げた家族氏名()続柄(配偶者・子・)	
⑨急性心筋梗塞の場合	初診日から60日以上、労働制限を必要とする状態が継続しましたか? (ここでいう労働の制限とは軽い家事等の軽労働や事務等の産業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする場合をいいます。)	はい いいえ	
⑩脳卒中の場合	初診日から60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続しましたか?	はい いいえ ※「はい」の場合、その後遺症の詳細についてご記入ください。	
⑪既往症持病	有 無 ※既往症・持病等「有」の場合、詳細をご記入ください。	傷病名 他院()病院() 年 月 日頃~ 年 月 日頃まで () ()	

解 説 (入院・手術・通院等証明書 (証明書) (保険会社))

⑫手術 今回の傷病 に対して実施 した手術 ※持続ドレ ナージ等の 処置もご記入 ください。	手術名	1) 腹腔鏡下腸管剥離術		手術日	25年1月22日		筋骨手術の場合	手・足指の場合、MP関節より	筋腱靱帯の場合、その手術操作	口腔手術の場合、顎骨への手術操作	穿頭術の場合	植皮術の場合					
	診療点数区分コード	(K・J -)															
	手術の種類	該当する項目すべてにレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 穿頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術(胸腔鏡含む) <input type="checkbox"/> 開腹術(腹腔鏡含む) <input type="checkbox"/> 経皮的手術・処置 <input type="checkbox"/> レーザーによる手術・処置 <input type="checkbox"/> カテーテルによる手術・処置 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ(内視鏡)による手術・処置 (持続ドレーン) ※ファイバースコープ(内視鏡)の種類を以下より選択するか、「その他」の場合はご記入ください。 <input type="checkbox"/> 膀胱鏡 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> 喉頭直達鏡 <input type="checkbox"/> その他()															
	手術名	2)		手術日	年 月 日		筋骨手術の場合	手・足指の場合、MP関節より	筋腱靱帯の場合、その手術操作	口腔手術の場合、顎骨への手術操作	穿頭術の場合	植皮術の場合					
診療点数区分コード	(K・J -)																
手術の種類	該当する項目すべてにレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 穿頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術(胸腔鏡含む) <input type="checkbox"/> 開腹術(腹腔鏡含む) <input type="checkbox"/> 経皮的手術・処置 <input type="checkbox"/> レーザーによる手術・処置 <input type="checkbox"/> カテーテルによる手術・処置 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ(内視鏡)による手術・処置 ※ファイバースコープ(内視鏡)の種類を以下より選択するか、「その他」の場合はご記入ください。 <input type="checkbox"/> 膀胱鏡 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> 喉頭直達鏡 <input type="checkbox"/> その他()																
⑬放射線照射 ※内照射も含まれます。	療法名 または 照射部位			期間	開始 年 月 日		終了 年 月 日		総線量		<input type="checkbox"/> ラド <input type="checkbox"/> グレイ <input type="checkbox"/> Mci						
	診療点数区分コード	(M -)															
⑭先進医療に ついて	治療の種類	※貴院にて評価療養としての施行が認められている先進医療				治療の実施期間と回数	年 月 日～ 年 月 日		(実施回数 回)								
		貴院における当該先進医療の承認年月日				技術料	患者が受領した先進医療の技術料のみご記入ください。 年 月 日 円										
⑮通院日	※カレンダーに当該月をご記入いただき、通院日に○印をつけてください。 なお、入院日のご記入は不要です。																
診療年月	通院治療費(往診含む)											各月合計					
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
以下の通り証明します	東京都千代田区大手町 1000 平成 年03 月 00日0 0000											合計 日					
病院(診療所)所在地	大手町病院				電話番号 () -				外科								
病院(診療所)名	増田 亮介				所属診療科名												
医師名	Ⓔ																

手術名、実施日を必ず記載する。

持続ドレーンの挿入があるので、記載する。

解 答 (医療要否意見書)

様式第13号

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科	※1 新規 2 継続(単・併)	※受 理 年 月 日	年 月 日
(氏名) 田宮 芳男 (65 歳)		に係る医療の要否について意見を求めます。	
院 (所) 長 殿		平成 年 月 日	
		福祉事務所長 ㊟	

傷病名又は 部 位	(1) 病原性大腸 (2) 菌感染症 (3) 尿路感染症	初 診 年 月 日	(1) 25年 1月 7日 (2) 25 " 1 " 7 " (3) " " "	転 帰 〔継続の とき記 入〕	年 月 日 治 死 中 ゆ 亡 止	
主要症状及 び今後の診 療 見 込	(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい。 血尿、発熱、全身倦怠感にて外来受診。病原性大腸菌感染症の可能性があり、家庭での二次感染を防ぐため即日入院。点滴治療にて症状改善がみられ、1月11日軽快退院。退院後は外来にて通院治療、経過観察が必要。					
治療見込期間	入院外	か月 5 日間	概 算 医 療 費	(1) 今回診 療日以降 1か月間 円 (入院料 円)	(2) 第2か月 日以降6か 月日まで 円 (入院料 円)	福 祉 事 務 所 へ 項
	入 院	期 間 (予定) 年 月 日	か月 日間 年 月 日			
上記のとおり (1入院外 2入院) 医療を (1要する 2要しない) と認めます。 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 大川中央病院 院 (所) 長 矢吹 修 ㊟ 担当医師 (診療科名) 矢吹 修 (消化器科)						
※ 嘱託医 の意見	外来通院継続 (労務不能)					

(切 取 線)

※発行年月日	年 月 日	診療料・検査料請求書		※発行取扱者
※受理年月日	年 月 日	平成 年 月 日		
福祉事務所長 殿		指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名 下記のとおりに請求します。		
この券による診療年月日		年 月 日	※受診者氏名	(歳)
請 求 額	診 察 料	初・再	点	(検査名)
	〃		〃	
	〃		〃	
合 計		点	※	円 差引額 円 ㊟
		円	社保等負担額	

解 説 (医療要否意見書)

様式第13号

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科 ※1 新規 2 継続(単・併)

(氏名) 田宮 芳男 (65歳) に係る医療の要否について意見を求めます。

平成 年 月 日

院(所)長 殿 福祉事務所長 印

医療要否意見書は、患者の今後の治療方針や治療計画を記載するもので、過去の診療内容を証明するものではない。

傷病名又は部位	(1) 病原性大腸菌感染症 (2) 菌感染症 (3) 尿路感染症	初診年月日	(1) 25年 1月 7日 (2) 25 " 1 " 7 " (3) " " "	転帰 〔継続のとき記入〕	年月日 治ゆ 死亡 中止
主要症状及び今後の診療見込	(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい) 血尿、発熱、全身倦怠感にて外来受診。病原性大腸菌感染症の可能性があり、家庭での二次感染を防ぐため即日入院。点滴治療にて症状改善がみられ、1月11日軽快退院。退院後は外来にて通院治療、経過観察が必要。				
治療見込期間	入院外	か月 5 日間	概 (1) 今回診療日以降 1 か月間 円 (入院料 円)	(2) 第2か月目以降6か月日まで 円 (入院料 円)	福祉の連絡事項へ
上記	治療後なので、主要症状の経過、行われた検査、結果と治療内容、今後の診療見込を記載する。				
※ 嘱託医の意見	外来通院継続 (労務不能)				
指定医療機関の所在地及び名称 大川中央病院 院(所) 長 矢吹 修 印 担当医師(診療科名) 矢吹 修 (消化器科)					

(切取線)

※発行年月日	年 月 日	診療料・検査料請求書				※発行取扱者
※受理年月日	年 月 日	平成 年 月 日				
福祉事務所長 殿						
指定医療機関の所在地及び名称						
指定医療機関の長又は開設者氏名						
下記のとおり請求します。						
この券による診療年月日		年 月 日	※受診者氏名		(歳)	
請求額	診 察 料	初・再	点	(検査名)		
	"	"	"			
	"	"	"			
合 計		点	※	円	差引額	円 印
		円	社保等負担額			

解 説（医療要否意見書）

平成 16 年に左人差し指関節炎の診断

24 年 7 月、左膝関節を憎悪としない関節は脱臼状態である。

11 月に腸腰筋腫瘍を認め、右腸骨窩膿瘍搔爬術を施行、右股関節は急速な関節破壊の進行を認め、長期安静加療を要した。

現在ステロイド剤、抗リウマチ剤、抗生剤の併用加療中であり、積極的にリハビリテーションに取り組むが著しい筋力低下等を認める。

解答 (主治医診療報告書)

主治医診療報告書

記入日 平成25年 3月28日

申請者	(ふりがな) ひらやま あいこ	男・女 <input checked="" type="radio"/> 女	〒 181 - 0002
	平山 愛子		東京都三鷹市牟礼 8-8-8
	明・大(昭) 9年 4月 23日生(78歳)		連絡先 0422 (00) 0000

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 北上川 幸子
 医療機関名 北上川総合病院 電話 03 (0000) 0000
 医療機関所在地 東京都杉並区阿佐ヶ谷南 9-9-9 FAX ()

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日		
1. 関節リウマチ	発症年月日	(昭和・平成) 16年 10月 5日頃
2. 左膝関節完全脱臼	発症年月日	(昭和・平成) 24年 7月 29日頃
3. 左股関節破壊	発症年月日	(昭和・平成) 24年 10月 25日頃
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)		
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)		
<p>腸腰筋腫瘍のため、平成24年10月15日左腸骨窩膿瘍掻爬術施行。</p> <p>左膝関節は疼痛のためリハビリが必要。</p> <p>関節リウマチ、左膝関節炎の増悪のため、自立歩行困難、車椅子使用。</p> <p>介護保険制度のサービス利用により現状維持の改善を期待する。</p>		

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長=155 cm 体重=50 kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 四肢手指 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 四肢手指 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 四肢手指 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション □その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし □あり (_____) ・移動 □特になし あり (下肢荷重不可)

・摂食 □特になし あり (手指屈曲変形強度の為、困難) ・運動 □特になし あり (歩行不能)

・嚥下 特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 有 (細菌が骨膜組織に到達することにより化膿性関節炎、骨髄炎の誘発) □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

両下肢の筋力低下により下肢荷重不可、関節の痛み、拘縮、両手指の屈曲変形が強度のため、食事、行為等も困難な状態である。
 移動は車椅子中心、自宅復帰を目標としており、リハビリテーションに取り組んでいるが、一人暮らしの為、介護サービスが必要である。

解説 (主治医診療報告書)

主治医診療報告書

記入日 平成25年 3月28日

申請者	(ふりがな) の あいこ 平山 明・大(昭) 9年 4月 23日	<p>—主治医意見書の位置づけ— 患者が介護保険サービスを利用するために、介護の必要性の有無やその程度等について市町村から認定を受けるための文書である。</p>
<p>上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利 医師氏名 北上川 幸子 医療機関名 北上川総合病院 医療機関所在地 東京都杉並区阿佐ヶ谷南 9-9-9</p>		
(1) 最終診察日	平成 年 月 日	
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上	
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日	
1. 関節リウマチ 2. 左膝関節完全脱臼 3. 左股関節破壊	主病名は、審査判定を行う重要な部分である。カルテより正確に記載する。 16年 10月 5日頃) 24年 7月 29日頃) 24年 10月 25日頃)
(2) 症状としての安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	<p>腸腰筋腫瘍のため、平成24年10月15日左腸骨窩膿瘍掻爬術施行。 左膝関節は疼痛のためリハビリが必要。 関節リウマチ、左膝関節炎の増悪のため、自立歩行困難、車椅子使用。 介護保険制度のサービス利用により現状維持の改善を期待する。</p>

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開	<p>サービスを受けるための直接の原因を記載。なるべく難読な専門用語を用いることは避け、平易にわかりやすく記載する。</p>
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素)	
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル)	

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	・短期記憶 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	<input type="checkbox"/> 無 : <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 無 : <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]

(5) 身体の状態
 利き腕 (□右 □左) 身長=155 cm 体重=50 kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)
四肢欠損 (部位: _____)
麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
その他の部位: _____ 程度: □軽 □中 □重
筋力の低下 (部位: _____)
関節の拘縮 (部位: _____)
関節の痛み (部位: _____)
失調・不随意運動・上肢 □右 □左
褥瘡 (部位: _____)
その他の皮膚疾患 (部位: _____)

この介護認定は、市町村職員などの認定調査員が患者宅を訪問調査して得る情報と主治医意見書の療法に基づき、保険、医療、福祉の学識経験者から構成される重要な文書です。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助
 現在の栄養状態 □良好 □不良
 → 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊
低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
訪問診療 訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導
訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導
通所リハビリテーション □その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 特になし □あり (_____) ・移動 特になし あり (下肢荷重不可)
 ・摂食 特になし あり (手指屈曲変形強度の為、困難) ・運動 特になし あり (歩行不能)
 ・嚥下 特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
無 有 (細菌が骨膜組織に到達することにより化膿性関節炎、骨髓炎の誘発) □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

両下肢の筋力低下により下肢荷重不可、関節の痛み、拘縮、両手指の屈曲変形が強度のため、食事、行為等も困難な状態である。
 移動は車椅子中心、自宅復帰を目標としており、リハビリテーションに取り組んでいるが、一人暮らしの為、介護サービスが必要である。

解 答 (自動車損害賠償責任保険後遺症診断書)

自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

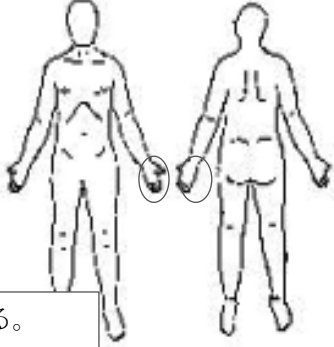
氏 名	平 八重		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	◆記入にあたってのお願い 1. この用紙は、自動車損害賠償責任保険における後遺障害認定のためのものです。交通事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。 2. 歯牙傷害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。 3. 後遺障害の等級は記入しないでください。		
生年月日	明・大 ①平	52年 4月 23日 (35歳)				
住 所	東京都三鷹市牟礼 8-8-8 042-0000-0000		職 業	無職		
受傷日時	平成 25 年 2 月 20 日		症状固定日	平成 25 年 2 月 22 日		
当 院 入院期間	自 至	年 月 日 ()日間	当 院 通院期間	自 至	平成 25 年 2 月 20日 実治療日数 平成 25 年 2 月 28日 (4)日	
傷 病 名	左手舟状骨骨折 左胸部打撲 左手擦過傷		既 存 障 害	今回事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)		
自 覚 症 状	左手の平擦過傷、左手に痛み、腫れ					
各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目や有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください)。						
① 他 覚 症 状 お よ び 精 神 ・ 神 経 の 障 害	知覚・反射・筋力・肢萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。 X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください。 眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。		<p>自転車で行行中、車と接触、左側に倒れ、道路に手をついた。 痛み、腫れが出たため当院を受診。 副木固定し、安静を必要とする。 2月22日、レントゲンにて左舟状骨骨折を確認。 ギプス包帯で固定し、引き続き安静にするよう指示。</p> 			
② 胸 腹 部 臓 器 ・ 生 殖 器 の 障 害	各臓器の機能低下の程度と具体的な症状を記入してください。 生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください。 なし					
③ 眼 球 ・ 眼 瞼 の 障 害	視 力		調 節 機 能		視 野	眼瞼の障害 イ. まぶたの欠損 ロ. まぶたはげ ハ. 開眼・閉眼障害 (図示してください)
	裸 眼		遠点距離・近点距離		イ. 半盲(1/4半盲を含む)	
	右	矯正	cm	cm	()D	
	左		cm	cm	()D	
眼球 運動	注視野障害 (全方向 1/2 以上の障害)		右 複 視 左	イ. 正 面 視 ロ. 左 右 上 下 視	ロ. 視野狭窄 ハ. 暗 点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付して ください)	
眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を①の欄に記入してください。						

解 答 (自動車損害賠償責任保険後遺症診断書)

④ 聴力と耳介の障害	オーディオグラムを添付してください				耳介の欠損				⑤ 鼻の障害				⑦ 顔状障害(採皮痕を含む)																			
	イ。感音性難聴(右・左) ロ。伝音性難聴(右・左) ハ。混合性難聴(右・左)				聴力表示 イ。聴力レベル ロ。聴力損失				イ。耳介の3/4以上 ロ。耳介の3/4未満 (右に記入してください)				イ。鼻軟骨部の欠損 (右に記入してください) ロ。鼻呼吸困難 ハ。嗅覚喪失 ニ。嗅覚減退				1. 外傷 イ。顔部 2. 上肢 ロ。顔面部 3. 下肢 ハ。顔部 4. その他															
	検査日		6分平均		最高明瞭度																											
	第1回	右	dB	dB	%	耳鳴		⑥ しゃく・言語の障害																								
	第2回	右	dB	dB	%	⑧ 聴力レベル30dB以上の難聴を伴う耳鳴を対象とします		原因と程度(摂食可能な食物、発音不能な語音など)を左面①欄に記入してください。																								
	第3回	右	dB	dB	%	右・左																										
	第1回	左	dB	dB	%																											
	第2回	左	dB	dB	%																											
	第3回	左	dB	dB	%																											
	⑤ 脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼(骨折切除・固定術を含む)の部位												運動障害				イ。頸椎部 ロ。胸腰椎部				荷重機能障害				常時コルセット装着の必要性				⑧ 体幹骨の変形		
X-Pを添付してください												(部位と程度)				イ。後頭部 ロ。変形融合 (部位)																
												前屈 度 後屈 度				右屈 度 左屈 度				右回旋 度 左回旋 度				有・無				イ。鎖骨 ニ。肩甲骨 ロ。胸骨 中。背盤骨 ハ。肋骨 (採皮によってわかる程度) X-Pを添付してください。				
⑥ 上肢・下肢および手指・足指の障害	短縮		右下肢長		cm																											
	縮		左下肢長		cm																											
			上肢		下肢		手		指		足		指																			
			(右)		(左)		(右)		(左)		(右)		(左)		(右)		(左)															
			欠損		損傷部位を指示																											
			関節機能		運動の種類		右		左		右		左		右		左		右		左											
			度		度		度		度		度		度		度		度		度		度											
			関節名		運動の種類		右		左		右		左		右		左		右		左											
			度		度		度		度		度		度		度		度		度		度											
		日整の方式により自動運動および		関節名称と記入してください																												
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください																																
上記のとおり診断いたします。														所在地 東京都北区田端 7-7-7 名称 田端病院 診療科 整形外科 医師氏名 佐野 良介																		
診療日 平成25年2月22日														診療科 整形外科																		
診断書発行日 平成25年2月28日														医師氏名 佐野 良介																		

解説（自動車損害賠償責任保険後遺症診断書）

自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

氏名	平 八重		男・女	男
生年月日	男・大	52年 4月 23日 (35歳)	女・小	平
住所	東京都三鷹市牟礼 8-8-8		職業	無職
受傷日時	平成 25 年 2 月 20 日		実状固定日	平成 25 年 2 月 22 日
当院入院期間	自	年 月 日 ()日間	当院通院期間	自 平成 25 年 2 月 20 日 実治療日数 至 平成 25 年 2 月 28 日 (4) 日
傷病名	左手舟状骨骨折 左胸部打撲 左手擦過傷		既存障害	今回事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)
自覚症状	左手の平擦過傷、左手に痛み、腫れ		損害保険会社により、用紙が異なる。 通院期間、通院日数を、カルテ等の記載をもとに記入する。	
各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害につけ①の欄を参照)				
① 他覚症状および検査結果 精神・神経の障害	知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。 X-P-CT-EEG などについても具体的に記入してください。 眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。			
	自転車で行行中、車と接触、左側に倒れ、道路に手をついた。 痛み、腫れが出たため当院を受診。 副木固定し、安静を必要とする。 2月22日、レントゲンにて左舟状骨骨折を確認。 ギプス包帯で固定し、引き続き安静にするよう指示。			
② 胸器・泌尿器・生殖器・生殖器の障害		各臓器の機能低下の程度と具体的な症状を記入してください。 生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください。		
なし		後遺障害のあるものについては、確定した時点において、損害保険会社ならびに調査事務所に備え付けてある別用紙にて作成する。		
③ 眼球・眼瞼の障害	視力		調節力	
	裸眼	矯正	近点距離	遠点距離
	右			cm
左			cm	
眼球運動	注視野障害 (全方向 1/2 以上の障害)		右	複視
左			左	
眼症状の原因となる前眼部・中野透光性・眼底などの他覚的所見を①の欄に記入してください。(図示してください)				

解 説 (自動車損害賠償責任保険後遺症診断書)

④ 聴力と耳介の障害	オーディオグラムを添付してください				耳介の欠損		⑤ 鼻の障害		⑦ 顔状障害(採皮痕を含む)				
	イ。感音性難聴(右・左) ロ。伝音性難聴(右・左) ハ。混合性難聴(右・左)		聴力表示 イ。聴力レベル ロ。聴力損失		イ。耳介の3/4以上 ロ。耳介の1/2未満 (右・左に図示してください)		イ。鼻軟骨部の欠損 (右・左に図示してください) ロ。鼻呼吸困難 ハ。嗅覚喪失 ニ。嗅覚減退		1. 外傷 イ。顔部 2. 上肢 ロ。顔面部 3. 下肢 ハ。顔部 4. その他				
	検査日	6分平均	最高明瞭度		耳鳴 イ。聴力レベル30dB以上の難聴を伴う耳鳴を対象とし、右・左	⑧ しゃく・言語の障害		原因と程度(摂食可能な食物、発音不能な語言など)を左面①欄に記入してください。 (図示してください)					
	第1回	右	dB	dB		%							
第2回	右	dB	dB	%									
第3回	右	dB	dB	%	イ。頸椎部 ロ。胸腰椎部		⑨ 常時コルセット装着の必要性 有・無		⑩ 体幹骨の変形 イ。鎖骨 ニ。肩甲骨 ロ。胸骨 ホ。背盤骨 ハ。肋骨 (採皮によってわかる程度)X-Pを添付してください。				
圧迫骨部・脱臼(脱臼切除・固定術を含む)の部位 X-Pを添付してください				運動障害		イ。頸椎部 ロ。胸腰椎部		常時コルセット装着の必要性 有・無		⑩ 体幹骨の変形 イ。鎖骨 ニ。肩甲骨 ロ。胸骨 ホ。背盤骨 ハ。肋骨 (採皮によってわかる程度)X-Pを添付してください。			
短縮		右下肢長	cm		(部位と程度)		イ。仮関節 ロ。変形癒合 (部位)		X-Pを添付してください。				
縮		左下肢長	cm										
⑥ 上肢・下肢および手指・足指の障害	上肢		下肢		手		指		足指				
	(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)			
欠損		部位を指示		部位を指示		部位を指示		部位を指示		部位を指示			
関節機能障害		関節名		運動の種類		右		左		右		左	
度		度		度		度		度		度		度	
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください													
<p>文書を作成した日付を記載する。</p>													
上記のとおり診断いたします						所在地 東京都北区田端 7-7-7							
診療日 平成25年 2月 22日						名称 田端病院							
診療科 整形外科						医師氏名 佐野 良介							
診療書発行日 平成25年 2月 28日						印							

解答 (死亡診断書)

死亡診断書 (死体検案書)					
この死亡診断書は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。					
氏名	青山 静夫	① 男 2 女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 26年 2月 4日 (生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください)	午前・午後 時 分
死亡したとき	平成 25年 4月 6日 ① 午前・午後 1時 30分				
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	① 病院 2 診療所 3 老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他			
	(死亡したところの種別1-5) 施設の名称	北縄大学病院 東京都立川市曙町1-1-1			
死亡の要因 ◇ I 欄、II 欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◇ I 欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください ◇ I 欄の傷病名の記載は各欄1つにしてください ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	I	(ア)直接死因	心筋梗塞	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 ◇年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例:1年3ヶ月、5時間20分)	約3日
		(イ)(ア)の原因	高血圧症		約7年8カ月
		(ウ)(イ)の原因			
		(エ)(オ)の原因			
	II	直接には死因に関係しないが I 欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等			
手術	1 無 ② 有	部位及び主要所見	左前下行枝	手術年月日	① 平成 昭和 25年4月5日
解剖	1 無 ② 有	主要所見	: 左冠状動脈支配領域に貫壁性の広範な出血性梗塞が認められ、急性心筋梗塞であることが分かる。ステント留置後の左前下行枝を含む冠状動脈に閉塞は見られない。また、多発性食道潰瘍、肥満に伴う脂肪肝及び門脈域を中心とした軽度の線維化が認められた。		
死因の種類	① 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2交通事故死 3転倒・転落 4溺死 5煙、火災及び火焔による損傷 } 6窒息 7中毒 8その他 その他及び不詳の外因死 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因 12不詳の死				
外因死の追加事項	障害が発生したとき	平成 昭和	年 月 日 午前・午後 時 分	障 害 が 発 生 し た 場 所	都 道 府 県 市 区 郡 町 村
◇伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	障害が発生したところの種別	1 住居 2 工事及び建設現場 3 道路 4 その他()			
	手段及び状況				
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	単胎・多胎の別		妊娠週間	
	グラム	1 単胎児 2 多胎(子中第 子)		満 通	
	妊娠・分娩時における母体の病態又は症状	母の生年月日		前回までの妊娠の結果	
	1 無 2 有 3 不詳	昭和 平成		出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以降に限る)	
その他特に付言すべきことがら					
上記の通り診断する 診断年月日 平成25年 4月 6日 本診断書発行年月日 平成25年 4月 6日					
(病院、診療所若しくは老人保険施設等の名称及び所在地又は医師の住所)		東京都立川市曙町1-1-1 北縄大学病院 消化器科			
(氏名)	医師	後藤 亮			

解説 (死亡診断書)

鉛筆や、消えやすいインクでは記載しない。

死亡したことを知った日から数えて27日以内に提出する。(届出は1通で差し支えない)

死亡診断書 (死体検案書)				
この死亡診断書は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。				
氏名	青山 静夫	① 男 2 女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 <small>(生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください)</small>
死亡したとき	平成 25年 4月 6日 午前・午後 1時 30分			
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	① 病院 2 診療所 3 老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他		
	(死亡したところの種別1-5) 施設の名称	北縄大学病院 東京都立川市曙町1-1-1		
死亡の要因 ◇ I 欄、II 欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◇ I 欄で傷病名等に医学的因果関係の順番で書いてください ◇ I 欄の傷病名の記載は各欄1つにしてください ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	I	(ア)直接死因	心筋梗塞	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 約3日 約7年8カ月 ◇年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例:1年3ヶ月、5時間20分)
		(イ)(ア)の原因	高血圧症	
		(ウ)(イ)の原因		
		(エ)(オ)の原因		
手術	1 無 ② 有	部位及び主要所見	左前下行枝	手術年月日 平成 昭和 25年4月5日
解剖	1 無 ② 有	主要所見	: 左冠状動脈支配領域に貫壁性の広範な出血性梗塞が認められ、急性心筋梗塞であることが分かる。ステント留置後の左前下行枝を含む冠状動脈に閉塞は見られない。また、多発性食道潰瘍、肥満に伴う脂肪肝及び門脈域を中心とした軽度の線維化が認められた。	
死因の種類	① 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 交通事故死 3 転倒・転落 4 溺死 5 煙、火災及び火焔による損傷 } 6 窒息 7 その他 その他及び不詳の死 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 12 不詳の死			
外因死の追加事項	障害が発生したとき	平成 昭和 年	交通事故の場合は、事故発生期間にかかわらず、その事故による死亡が該当する。	
◇伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	障害が発生したところの種別	1 住居 2 工事及び建設現場	都道府県 市区町村	
	手段及び状況			
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	単胎・多胎の別	妊娠週間	
	グラム	1 単胎児 2 多胎(子中第 子)	満 通	
妊娠・分娩時における母体の病態又は症状	1 無 2 有 3 不詳	母の生年月日	前回までの妊娠の結果	
		昭和 平成	出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以降に限る)	
その他特に付言すべきことがら				
上記の通り診断する 診断年月日 平成25年 4月 6日 本診断書発行年月日 平成25年 4月 6日				
〔 病院、診療所若しくは老人保険施設等の名称及び所在地又は医師の住所 東京都立川市曙町1-1-1 北縄大学病院 消化器科 〕				
(氏名) 医師 後藤 亮				

医療用語の類音語

1. 疾患、作用等

✓	かんぼうやく	(漢方薬)	かんぼうやく	(感冒薬)
✓	こうあつ	(降圧)	こうかつ	(口渴)
✓	しゅっけつ	(出血)	しけつ	(止血)
✓	ちょうえん	(腸炎)	しょうえん	(消炎)
✓	しんふぜん	(心不全)	じんふぜん	(腎不全)
✓	しつう	(歯痛/止痛)	いつう	(胃痛)
✓	びえん	(鼻炎)	いえん	(胃炎)
✓	たいじょうほうしん	(帯状疱疹)	たんじゅんほうしん	(単純疱疹)
✓	りにょう	(利尿)	いによう	(遺尿)
✓	どうによう	(導尿)	ぼうによう	(乏尿)

2. 身体部分

✓	しんぞう	(心臓)	じんぞう	(腎臓)
✓	おうもんきん	(横紋筋)	こうもんきん	(肛門筋)
✓	にんぷ	(妊婦)	いんぷ	(陰部)
✓	てくび	(手首)	ちくび	(乳首)
✓	のうない	(脳内)	こうない	(口内)
✓	ちょう	(腸)	によう	(尿)

3. 医薬品

✓	いぐすり	(胃薬)	めぐすり	(目薬)
✓	いんがい	(院外)	いんない	(院内)
✓	がんそうざい	(含嗽剤)	かんそうざい	(乾燥剤)
✓	さんざい	(散剤)	さんざい	(三剤)
✓	はんじょう	(半錠)	さんじょう	(三錠)
✓	はんとう	(半筒)	さんとう	(三筒)
✓	びたみん	(ビタミン)	ひすたみん	(ヒスタミン)
✓	こうせいしんびょうやく	(抗精神病薬)		
	こうせいしんやく	(向精神薬)		
	きょうしんしょうやく	(狭心症薬)		

平成25年度 文部科学省
東日本大震災からの復興を担う専門人材育成支援事業
医師事務作業補助者問題集<上級編>

平成26年3月
福島県における医師事務作業補助者育成プログラムの開発と実行
学校法人郡山学院 ケイセンビジネス公務員カレッジ

*本書の内容を無断で転記、記載することは禁じます。

