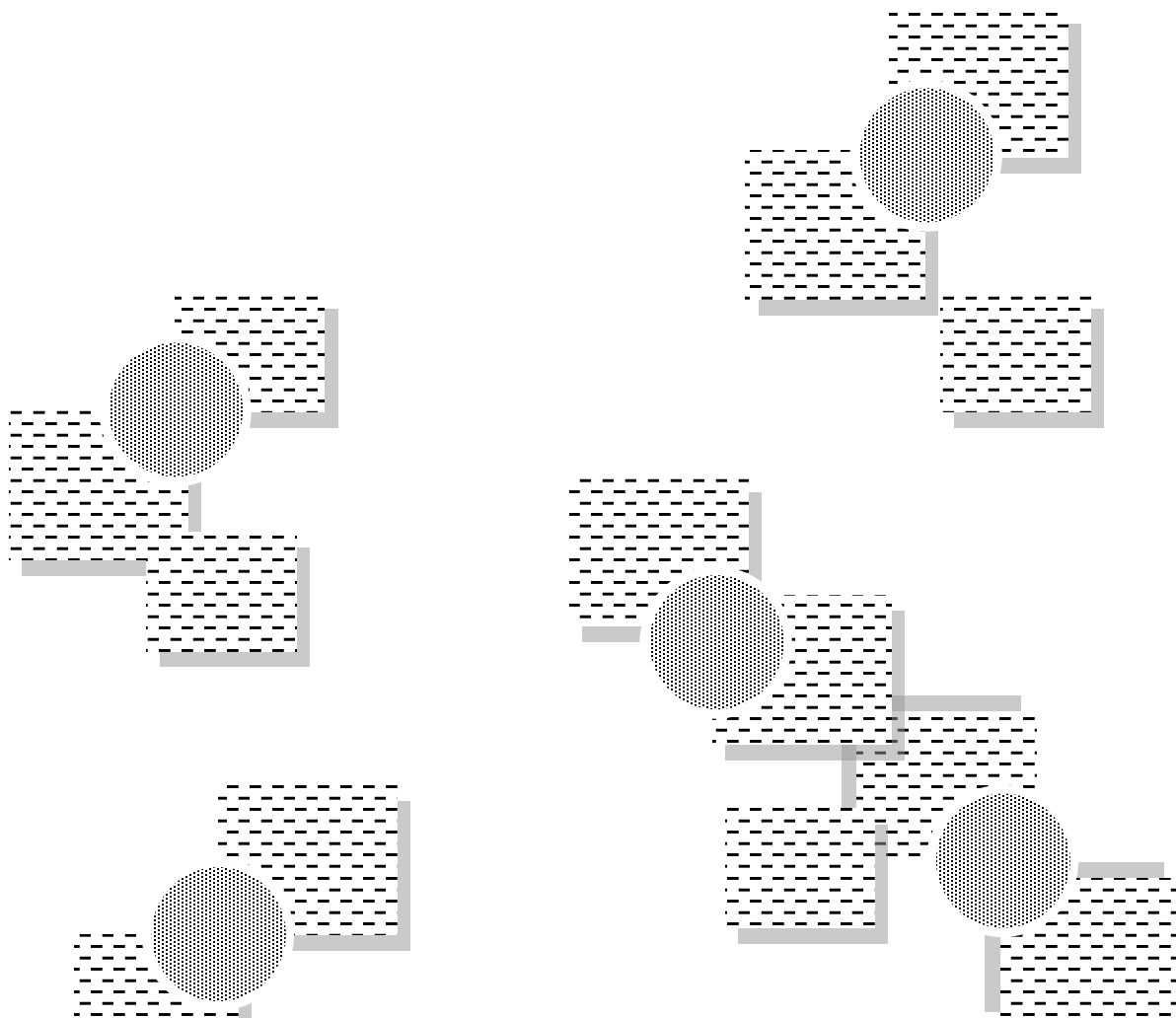


平成25年度文部科学省

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育成シナリオ集



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育成シナリオ集

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

目 次

第一部 シナリオ

Case 1	岬 陽 菜	1
Case 2	安 藤 忠 穂	8
Case 3	田 近 晴 幸	13
Case 4	片 桐 宗	18
Case 5	堀 田 圭 介	25
Case 6	安 川 源	31
Case 7	桜 井 晴 人	36
Case 8	赤 木 萌 子	41

第二部 作成見本

Case 1	自動車損害賠償責任保険診断書（岬 陽菜）	47
Case 2	健康保険傷病手当金支給申請書（安藤 忠穂）	52
Case 3	生活保護における医療要否意見書（田近 晴幸）	58
Case 4	障害補償給付支給申請書（片桐 宗）	62
Case 5	主治医意見書（堀田 圭介）	67
Case 6	紹介状・診療情報提供書（安川 源）	72
Case 7	退院療養計画書（桜井 晴人）	80
Case 8	検査・手術同意書（赤木 萌子）	86

第一部 シナリオ

Case 1 「岬陽菜」

登場人物

医師

代行入力者

岬陽菜（患者）

●診察室

岬 診療室に入室

代行者は医師の隣に座っている

医師 「どうぞ。」

岬 「失礼します。」

医師 「はい、どうぞお掛けください。」

岬 イスに座る

NA

岬さんは今回初めての来院です。

医師 「どうされました？」

岬 「車とぶつかってしまつて。」

医師 「事故ですか、どんな状況でした？」

岬 「横断歩道を自転車で渡っていたんですけど、

曲がってきた車に

ぶつかられてしまつて。」

医師 「曲がってぶつかつたつていうのはどういうふうによ？」

岬 「左からぶつけられて、私、右手から倒れました。」

医師 「ちよつと診せてもらつていいですか？」

岬 「はい。」

医師 「失礼します。痛いですか？」

岬 「はい。なんか腫れていて

骨折でもしてるんじゃないかなと思つて。」

医師 「あとでレントゲンを撮りますね。

他に痛い部分がありますか？」

岬 「あとは右側の肋骨のあたりが痛いです。」

医師 「わかりました。

では先に胸部と右手のレントゲンを

撮つておきましょう。」

岬 「はい。」

医師 「その後に処置を行います。」

岬 「はい、わかりました。お願いします。」

医師 「じゃあ、レントゲン室のほうへ。」

代行者 「はい、岬さん、ご案内します。」

岬 代行者と退室

・ 岬の右腕イメージ

N A 医師はレントゲンなど検査を行いました。

N A 画像診断の結果から右胸部、

肋骨は特に異常はありませんでした。

また右手関節から手にかけて

骨折線は見られませんでしたが、

臨床像から骨折の疑いがあることが分かりました。

・ 右腕の処置イメージ

N A そのため胸部は湿布による処置、

また右手は創傷に対する消毒液の塗布、

および副子固定を実施しました。

● 診察室

医師 「はい。では処置は終わりました。」

岬 「ありがとうございます。」

医師 「レントゲンの結果から

胸部には異常はみられませんでしたが、

あと右手なんですけど、

レントゲンでは骨折は

見つからなかったんですが、

骨折の可能性は高いと思います。」

「そうですか…。」

「器具をつけたので大丈夫かとは思いますが、

念のため安静にして、

体重をかけたたりすることは

しないようにしてください。」

「はい。」

医師 「様子がみたいので

岬 明日もう一度お越しただけですか？
「はい、わかりました。」
医師 「では、お大事に。」

・診察イメージ

N A また投薬は次の通りです。

N A 翌日…

●診察室

医師 「いかがですか？」
岬 「手が昨日より痛いんですけど。」
医師 「そうですね。」

岬 ちよっとみせてもらってもいいですか？
「はい。」

医師 「腫れも治まってませんね。胸のほうはどうですか？」
岬 「まだずっと痛いです。」
医師 「そうですね。」

では今日ももう一度、レントゲンを撮ってみましょう。昨日は見つかりませんでした、骨折の状態が分かるかもしれませんし。」

・診察イメージ

N A 医師は画像診断を行いました。

N A また、昨日と同じように湿布処置を行いました。

●診察室

医師 「お疲れさまでした。」
岬 「ありがとうございます。」
医師 「レントゲンの結果を申し上げますと

胸部はやはり異常がありませんでした。

手のほうなんですけど、

何も映ってはいなかったんですが

心配なのでMRIで

撮影をしたいと思っています。

明日の10時とかお時間如何でしょうか？」

岬 医師 「はい。大丈夫です。」

「それでは予約を入れておきますので、

10時にお越し下さい。」

岬 医師 「はい。」

「それと先ほどの触診などから右手のほうなんです

短母指伸筋腱と言われる筋の部分に

痛みを感じているようです。

運動などは控え、安静にして下さい。」

岬 医師 「はい。わかりました。」

「お薬は昨日お渡ししたものを

そのまま服用を続けてください。」

岬 「わかりました。」

あと警察署に提出する

診断書がほしいんですけど。」

「では後ほどお会計の際に一緒にお渡しします。」

岬 医師 「ありがとうございます。」

医師 「では、お大事に。」

・ 医師と代行者、指示イメージ

NA ここまでのやり取りを基に

警察署に提出する診断書を作成しましょう。

作成された文書は、2週間後に医事課で渡します。

NA 翌日…

● 診察室

代行者、セリフの後に着席

代行者

「岬さんは10時に来院し、MRI検査を受けました。これから先生がその結果を岬さんにお伝えする所です。検査の内容は右手MRI、画像記録用四ツ切4枚です。」

●診察室

岬、入室

医師

「どうぞ。」

岬

「失礼します。」

医師

「お疲れ様でした。」

MRIの結果ですが右手の舟状骨と言われる部分に骨折が見つかりました。」

岬

「はい。」

「後ほど親指の部分からひじにかけてギブスで固定をさせて頂きますのであまり動かさないようにして下さい。」

岬

「はい、ギブスはどのくらいしてないためですか？」

医師

「そうですね、

治療までは8週間程度かかると思います。きちんと骨がくっつくまではギブスで固定しておいた方がいいと思いますよ。」

岬

「はい、わかりました。」

「あと胸部ですが、これは打撲ですね。1か月程度で痛みは引くかと思えます。安静にしてくださいね。」

岬

「はい、わかりました。」

「ギブスなどは処置室で行いますので、準備ができ次第呼びします。」

・ 医師と代行者、話しているイメージ

N A 処方の内容は次の通りです。

N A また投薬の内容は次の通りです。

N A 1週間後：

●診察室

医師 「その後如何ですか？」

岬 「胸の痛みは引いてきました。

手はギブスをしているので

動かしたときだけは痛いです。」

医師 「うん、順調なようですね。

では今日も同じお薬を出しておきますね。」

岬 「はい。ありがとうございます。

あとこれが家に送られてきたんですけど、

お医者さんを書いてもらうようになって

言われたんですけど。」

岬、封筒をだす

医師、封筒をもらい中を見て

「あー。自動車損害賠償責任保険診断書ですね。

わかりました。ではこれ、記入した後程、

お会計の際にお渡しできるようにしておきます。」

岬 「はい、お願いします。」

医師 「では、お大事に。」

岬 「ありがとうございます。」

●待合室

医師 「これお願いします。」

医師、代行者に封筒を渡す

代行者 「では自動車損害賠償責任保険診断書の

記入を行いますよう。」

(終)

Case 2 「安藤忠穂」

登場人物

医師

代行入力者

安藤忠穂（患者）

●診察室

安藤 診療室に入室

代行者は医師の隣に座っている

安藤

「失礼します。」

医師

「どうぞ。」

医師

「こんにちは、どうぞお掛けください。」

安藤

イスに座る

NA

安藤さんは今回初めての来院です。

医師

「今日はどうされましたか？」

安藤

「眠れなくて…」

医師

「眠れなくなったのはいつごろからですか？」

安藤

「2週間くらい前ですかね。」

医師

「他に何か気になることはありますか？」

安藤

「やる気が起きません。」

医師

「そうですか。眠れなくなってきたきっかけはありますか？」

安藤

「どんな些細なことでもいいですから。」

医師

「子供の四十九日がありました。そのあとですかね。」

安藤

「それは…。」

安藤

「いつごろお亡くなりになられたんですか？」

安藤

「2か月前です。交通事故で…」

●診察室

代行者 立ち上がりから着席

代行者

「この後も医師は問診を行いました。」

代行者

「そして心因性のうつ病と診断しました。」

●診察室

医師

「分かりました。お薬を出しておきましょう。」

医師

「精神安定剤と抗うつ剤です。」

医師

「睡眠導入の効果もありますので、」

医師

「服用して下さい。」

安藤

「はい…」

医師

「2週間後の同じ時間にまたお越し下さい。」

安藤

「もし何かありましたらすぐにお越しください。」

医師

「お大事に。」

●診察室

医師

「うつ病の初期段階としておきましょう。」

14日分のデパス錠0.5mgと

トフラニール錠10mgを

就寝前の1回分、処方するようにお願いします。」

代行者

「はい。」

NA

2週間後…

●診察室

医師

「こんにちは。お加減はいかがですか？」

安藤

「やっぱり眠れないです。」

医師

「お薬は飲まれてますか？」

安藤

「はい。」

医師

「わかりました。」

安藤

「先生、大丈夫ですかね…」

医師

「大丈夫ですよ。」

安藤

「最近、すごい不安なんです。」

医師

「家族の事とか、仕事の事とか。」

医師

「お話を聞かせて貰っていいですか？」

・医師と安藤が話しているイメージ

NA

その後、問診の結果、

症状が改善していないことが分かり、

医師は処方内容を変えて、

経過を観察することにしました。

処方の内容は次の通りです。

NA

1週間後：

●診察室

安藤

「先生もう無理です。」

医師

「どうしたんですか？」

安藤

「起きなくちゃならないのは分かっているんですけど、なかなか起きれなくて…」

医師

「会社に行くのが本当に辛いです。」

安藤

「分かりました。いつ頃から辛くなりましたか？」

医師

「前回、病院に来た時からです。」

安藤

「本当にだるくて会社に行きたくないんです。」

医師

「そうですか。」

安藤

「出社をやめて治す事に専念しましょう。」

安藤

「でも仕事をしないと収入無くなるし、」

医師

「どうすればいいんでしょう。」

安藤

「健康保険の傷病手当金などもありますので、」

医師

「そういったものを活用する方法もあります。」

安藤

「それって申請できますかね？」

医師

「はい。現在の症状から考えると」

安藤

「出社するのが困難な状態であり、」

医師

「3ヶ月間の療養が必要と考えます。」

安藤

「申請は月に1度で、」

医師

「安藤さんご本人と会社にもご記載頂くところが」

安藤

「ありますので、ご記入をお願いします。」

医師

「そうですか。」

安藤

「あとで会計の際にお渡しします。」

医師

「はい。ありがとうございます。」

安藤

「またお薬も出しておきますので。」

医師

「ありがとうございます。」

安藤

「それではお大事に。」

医師

「それではお大事に。」

安藤 診察室を退室

・医師と代行者Aが話しているイメージ

NA 処方²の指示は次の通りです。

●待合室

代行者 「現在のやり取りから

健康保険傷病手当金支給申請書を作成しましょう。」

(終)

Case 3 「田近晴幸」

登場人物

医師

代行入力者

田近晴幸（患者）

●診察室

田近 診療室に入室
代行者は医師の隣に座っている

医師 「どうぞ。」

医師 「こんにちは、どうぞお掛けください。」

田近 「ありがとうございます。」

田近 イスに座る

NA

田近さんは8年前、尿閉で当院の救急外来を受診し、前立腺肥大症の診断を受けました。その翌年には前立腺肥大症の治療のため入院し、経尿道的前立腺切除術を受けています。

医師 「今日はどうされましたか？」

田近 「今朝から下痢がひどくて。」

あと昨日の朝から

尿に血が混じっているんですよ。」

医師 「下痢はどんな感じですか？」

田近 「ほとんど水みたいな感じです。」

医師 「朝からずっと続いていますか？」

田近 「はい、そうですね。」

医師 「回数はどうでしたか？」

田近 「6〜7回ですかね。」

医師 「血尿に関しては今日もですか？」

田近 「はい、そうです。」

医師 「血の量は？」

田近 「今日はいくらか少なかったですね。」

医師 「体温はどうですか？」

田近 「家を出るときに計ったんですけども

38.4℃でした。」

医師 「結構高いですね。食欲は？」

田近 「あんまりないです。」

医師 「他の病院に通院されているなどありますか？」

田近 「実は高血圧で他の病院に通院しています。」

医師 「お薬は？」

田近 「血圧を下げる薬を食後3回飲むように渡されました。」

医師 「こちらからその病院に確認してみますね。

では検査を行いたいと思いますのでレントゲンを撮ってみましょうか。

あと血液検査のために採血させてもらいますので。」

田近 「わかりました。」

・ 代行者、立ち上がり田近を誘導

NA 医師はレントゲンによる検査、

血液検査などを行いました。

・ 代行者、戻り席に座る

NA その結果、レントゲンからは

上行結腸から横行結腸やS状結腸にかけガスが認められ、

また、小腸異常ガスを左中腹部に確認しました。

その他の検査結果を踏まえ、

病原性大腸菌感染症と尿路感染症を

併発していると診断しました。

・ 田近、入室

NA また他医院への問い合わせで

ペルジピン錠10mgを3錠、

毎食後に処方していることがわかりました。

● 診察室

医師 「レントゲンや尿検査、血液検査の結果を分析すると

病原性大腸菌に感染していることと

田近 「尿路感染を起こしていることが考えられます。」
医師 「そうですか。」
田近 「現在の症状から考えると、
家庭での二次感染が懸念されます。
病原性大腸菌の場合、
トイレでの感染やトイレ後に触った場所からの
感染など注意が必要です。」

田近 「はい。」
医師 「今回は下痢などの症状がひどいですから
そのまま入院して頂いて、
回復するまで様子を見た方がいいと思います。」

田近 「…。」
医師 「また今日は食事は避けることにしましょう。
点滴を行いますので。」
田近 「わかりました。」

NA 翌日…

●入院病棟 ベッド

医師、代行者、ベッドの横
医師、電子カルテを見ながら…

医師 「体温は36.6℃、血圧は125/85、
脈拍は98ですね。」

田近 「腹痛の症状は如何ですか？」

田近 「昨日よりは良くなっています。」

医師 「下痢の症状は？」

田近 「そうですね。おさまってますね。」

医師 「わかりました。」

田近 今日昼と夜にお粥を出すようにしますので
それで様子を見ましようか。」

田近 「あ、そうですね。」

医師 「点滴はそのまま続けますので。」

田近 「ありがとうございます。」

医師 「お大事に。」

NA 翌日…

●入院病棟 ベッド

医師、代行者、ベッドの横

医師 「体調はいかがですか？」

田近 「朝からちゃんと食えることができました。」

医師 「そうですか。体温も36.5℃。

血圧、脈拍も安定していますね。

お昼と夕食にも通常食を出しますので、

それで大丈夫でしたら

退院して頂けると思いますよ。」

田近

「ありがとうございます。」

あ、先生、1つお願いがあつて、

私、生活保護を受けているんですが。」

医師 「それでは医療要否意見書を出しておきましょう。」

●入院病棟 ベッド

代行者

「医療要否意見書は生活保護を受けている方に

必要な医療扶助の決定に際し、

重要な判断材料となるものであり、

診療中の患者さんや

保護の実施機関から求められた場合、

交付しなければならぬものです。

それではみなさん、

この医療要否意見書を作成してみましょう。」

(終)

Case 4 「片桐宗」

登場人物

外科医

代行入力者A

眼科医

代行入力者B

片桐宗（患者）

N A 片桐さんは昭和30年10月17日生まれです。

1月22日11時ごろ、
会社の備品室を清掃中に脚立を踏み外し転落。

N A その際、右頭部を打ち、

掃除用具で左目を負傷しました。

N A 11時30分に神田橋総合病院に救急搬送され、

右頭部外傷および左眼外傷と診断され入院、

外科にて正午に局所麻酔で

頭部創傷処置、3 cmを施行され、

抗生物質、鎮痛剤を投与されました。

N A また眼科にて15時に

局所麻酔で角膜・強膜縫合術、4 mm及び

網膜復位術を施行。

N A 抗生物質内服やステロイド剤の投与を受けています。

頭部の創傷処置は29日に抜糸を受け、

鎮痛剤を投与されました。

●外科診察室 外

代行者 ドアを開けセリフ

代行者A 「その後2月7日に退院し、

14日より当院への紹介で転院されてきました。」

N A 2月14日、外科。

●外科診察室

片桐 入室

外科医 「どうぞ。」

片桐 「失礼します。」

外科医 「あ、どうぞ。」

外科医 「紹介状は拝見しました。いまの体調はどうですか？」
片桐 「頭が痛くて、めまいもするんです。」
外科医 「なるほど。頭痛やめまいは
頭部外傷の後遺症の可能性がありますね。
CTを撮ってみましょうか。」
片桐 「よろしくお願いします。」

・代行者A、片桐を外へ誘導

NA 医師はCTおよび脳波検査を行いました。

●外科診察室

片桐 入室

片桐 「終わりました。」

外科医 「どうぞ。」

外科医 「結果を申し上げますと

CTも脳波も異常はありませんでした。」

片桐 「そうですか。」

外科医 「ただ、問診やこれまでの検査から考えますと
やはり、頭部外傷の後遺症でしょう。」

片桐 「わかりました。」

外科医 「お薬を出しておきます。」

片桐 「ありがとうございます。」

外科医 「お大事に。」

片桐 退室

・外科医、代行者Aに指示イメージ

NA 投薬は次の通りです。

NA 同日・眼科。

●眼科診察室

片桐 入室

眼科医 「どうぞ。」
片桐 「失礼します。」
眼科医 「いかがですか？」
片桐 「少し良くなったような気がします。」
眼科医 「初診時の視力は右が0.8、
左が0.03となっていてますね。
先に視力を調べてみましようか？」
片桐 「はい。」

・眼科医、片桐の眼を診察イメージ

N A 医師は網膜復位術を行った左眼の視力を測定。
結果、視力は0.1まで
回復していることがわかりました。

●眼科診察室

眼科医 「視力は回復してますね。」
片桐 「ありがとうございます。」
眼科医 「経過が良好ですので、
今まで通り薬を出しておきます。
ステロイド剤と抗生物質になりますので。」
片桐 「よろしく願います。」

N A 2月21日、外科。

●外科診察室

外科医 「その後、いかがですか？」
片桐 「頭痛が残ってます。」
外科医 「そうですか。めまいは如何ですか？」
片桐 「めまいは…ないですね。」
外科医 「分かりました。では鎮痛剤を出しておきますので。」
片桐 「ありがとうございました。」

N A 5月1日、外科。

●外科診察室

外科医 「きょうはどうなさいましたか？」

片桐 「ちよっと頭が痛くて、めまいもするんです。」

外科医 「そうですか、めまいはいつからですか？」

片桐 「今日起きてからです。」

外科医 「CTを撮ってみましょうか。」

他に気になることはありませんか？」

片桐 「なんかずっとキーンとなっているというか

耳鳴りみたいなのがするんですね。」

外科医 「分かりました。とりあえず検査をしてみましょう。」

- ・P C打ち込むイメージ

N A

医師は脳C Tと脳波検査を行いました。
また体温と血圧の測定も行っています。

- ・外科医、片桐と診察イメージ

N A

結果は次の通りです。

●外科診察室

外科医 「結果からお話ししますと」

C T、脳波ともに異常はないようですね。

やはり頭部外傷の後遺症だと思われれます。」

片桐 「そうですか。」

本当は来週あたりから会社に

出勤しようかなと思ってたんですが…」

外科医 「それはだいじょうぶかと思えますよ。」

基本的に頭部外傷は治癒してまですので。

ただ今後も頭痛などの症状が悪化して出てくる

ケースが考えられます。

頭部外傷の後遺症が悪化し、

てんかんや失神などの症状が

出ることがあるんですね。

そのため日常生活ではストレスを
なるべくかけないようにして下さい。

特に満員電車や人混みは避けるように。」

片桐 「はい。」

外科医 「では、その後の経過を診たいので

1か月に1度は通院してください。

定期的な通院以外のときも

何かありましたらすぐに来て下さいね。」

片桐 「わかりました。」

外科医 「今日もお薬を出しておきます。」

片桐 「ありがとうございます。」

外科医 「お大事に。」

片桐 退室

・外科医、代行者Aに指示イメージ

NA 投薬の内容は次の通りです。

NA 同日・眼科。

●眼科診察室

眼科医 「その後いかがですか？」

片桐 「あまり変わりませんが…」

眼科医 「そうですか。」

片桐 「あの先ほど外科のほうでも話したんですが、
来週あたりから会社に戻ろうと思ってまして。」

眼科医 「そうですね。わかりました。」

では普段より項目が増えますが、

色々検査を行ってみましょう。」

片桐 「よろしく願います。」

代行者B 片桐を外へ

代行者B 「では、こちらになりますので。お願いします。」

・眼科医、代行者Bに指示イメージ

NA 医師は次のような検査を行いました。

●眼科診察室

眼科医 「左眼の視力は0.2ですね。」

片桐 「はい。」

眼科医 「現段階でかなり回復してきましたが、これ以上の回復は難しいと思っています。ただ今後とも投薬を行っていきますので

1か月に1度程度通院して、経過を調べていきたいと思います。」

片桐 「わかりました。」

眼科医 「お疲れ様でした。」

片桐 「ありがとうございました。」

●眼科診察室

代行者B 「後日、片桐さんの会社から

障害補償給付支給請求書の作成依頼がありました。やりとりをもとに記入を行います。」

(終)

C a s e 5 「堀田 圭介」

登場人物

医師

代行入力者

堀田圭介（患者）

N A

堀田さんは昭和61年6月13日生まれ。

N A

平成17年10月5日、指に違和感を感じ、祐天寺整形外科クリニックを受診された所、左人差し指の第2関節に関節炎があり、関節リウマチと診断されました。

N A

平成25年7月29日、今度は左膝関節の完全脱臼の診断と左膝の関節炎の増悪が確認されました。

N A

10月2日、精査目的で入院。精査の結果、関節リウマチの急性増悪と診断、ステロイドパルス療法、プリドール500を3日間行った結果、10月5日、皮下腫瘍を確認、造影CTにて腸腰筋腫瘍と診断され、10日よりセファメジンα4gを投与。

N A

平成25年10月15日、左腸骨窩膿瘍搔爬術および腸骨窩膿瘍切開術、施行。

N A

平成25年10月25日、左股関節痛があるため、画像診断。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。

N A

平成25年11月25日、左膝関節に疼痛を訴えるも、リハビリテーションは可能とみられる。腸腰筋腫瘍は縮小傾向。

●代行者デスクワーク

セリフ後、代行者フェードアウト

代行者 「その後当院への紹介を受けて転院されています。

平成26年3月6日、

現在 CPRは2.5〜3.0です。」

●診察室

医師 「内田さん。」

代行者 「はい。」

医師 「堀田さんが自宅復帰を希望しているので

入院診療計画の作成をお願いします。」

代行者 「はい。」

医師 「在宅療養ができるよう、

日常生活動作やQOLを

向上させるリハビリテーションを

積極的に行っていきたいと考えています。」

代行者 「わかりました。」

医師 「あとそれから、介護サービスの利用も必要だね。

主治医意見書の作成もお願いします。」

代行者 「はい。」

医師 「カルテにも記載はあるけど、

患者情報としては182cm、76kg、

BPは140/98、栄養状態は良好です。」

代行者 「はい。」

医師 「所見としては関節リウマチ、

股関節や左膝関節炎の増悪、

長期の薬物投与や関節骨破壊の原因となった

腸腰筋腫瘍の影響で

体力低下が著明であること。

歩行困難により現在は

他者操作によって車いすでの移動、

関節炎は感染によるものと考えerことは難しく、

関節リウマチの増悪によるものと

考察される旨を記載して下さい。」

代行者

「はい。」

医師

「あと、また作業療法士や理学療法士のリハビリ結果もカルテに記載しておいて下さい。」

代行者

「わかりました。そうしましたら、リハビリごとに結果がでましたら

記載していきます。」

医師

「うん、そうして。」

投薬に関してはプロレン錠 5 mg 2錠、

1日2回10日分、

リファジンカプセル150 mg 3錠と

レボフロキサシン錠100 mg

サワイ 3錠を1日3回10日分、

メトトレキサートカプセル2 mg

サワイ 1錠を1日1回分のオーダーを。」

代行者

「はい、わかりました。」

・堀田リハビリイメージ

NA

その後、作業療法士、理学療法士からリハビリテーションの内容が報告されました。

NA

3月18日。

●入院病棟 ベッド

医師、代行者、ベッドの横

医師

「最近、体の調子は如何ですか？」

堀田

「痛みは治まってきました。」

医師

「現在、リハビリなど継続的に行って頂いていますが、作業療法士や理学療法士の報告も踏まえると

自立歩行が可能になるのは困難と考えられます。

そのため当面の移動は車いすを中心とし、

リハビリ後は膝関節を装具で固定する形で

自宅療養を行いながら改善を目指しましょう。」

堀田 医師 「そうですね。このまま歩けないんですか？」
「まだ分かりません。」

このままリハビリを頑張って頂ければ
可能性はありますよ。

なので介護サービスを受けることが
必要だと思います。」

堀田 「でも今はだれかに車いすを押してもらわないと
動くことも出来ないんですけど…。」

医師 「わかっています。」

堀田 医師 「堀田さん、同居されているご家族は
いらっしゃいますか？」

堀田 「いえ、いません。」

医師 「あ、そうですか。いないのでしたら、

ご自宅にお伺いして食事や移動を

手助けしてくれる介護サービスがありますが、

申請の手続きは取りますか。」

堀田 「はい、お願いします。」

堀田 医師 「堀田さんは今、

食事に関しては自分で食べられると思いますが、

やはり手指の屈曲変形が強度の為、

摂食困難としておきましよう。

また着替えや歩行困難ということから

訪問診療、訪問リハビリテーション、訪問介護、

通所リハビリテーション、訪問薬剤管理指導、

短期入所療養看護のサービスが受けられます。

詳しいサービスの内容は担当の人間から

もう一度説明させますので。」

堀田 医師 「はい、わかりました。」

「いいですか、リハビリを行っていただ

今までできている動きはまたそのままできると

思います。改善する可能性もあります。

これからがんばりましょう。」

堀田 「はい、ありがとうございます。」

医師

「では主治医意見書への記入をお願いします。
現在の患者さんの状況は

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、無しです」

●入院病棟 ベッド

カメラ目線

医師

「また感染症の有無に関しては細菌が
骨膜組織に到達することにより

関節炎や骨髄炎を誘発する可能性があるため

有にチェックをしてください。」

代行者

「あとは特記すべき事項も含め、
これまでのやり取りを基に記載を行って下さい。」

(終)

Case 6 「安川源」

登場人物

医師

代行入力者

看護師

安川源（患者）

N A

安川さんは小川クリニックで
家族性高コレステロール血症の通院加療を
受けていました。

N A

2月15日来院時に悪寒や咽頭痛を訴え、
小川クリニックで診療した結果、
画像診断で湿潤炎が認められたため、肺炎と診断。
2月19日に入院予定で当院に紹介されました。

●入院病棟 ベッド

医師、看護師、ベッドへ入ってくる

医師

「安川さんお加減いかがですか？」

安川

「なんだか、息苦しい感じがします。」

医師

「熱は38度7分ですね。」

小川クリニックから紹介状を頂いています。

診断結果は肺炎という事ですが、

私たちの病院での検査を

させてもらえればと思っています。」

安川

「ありがとうございます。」

医師

「では準備が整いましたらまたお伺いします。」

安川

「宜しく願います。」

・医師、安川診察イメージ

N A

医師は次の検査を実施しました。

N A

胸部の画像診断の結果から

右下葉に肺炎が見つかりました。

葉とは肺や肝臓、乳腺、脳などの

器官の部分を表す用語です。

●入院病棟 ベッド

医師

「検査の結果を踏まえて

今後の治療についてお話しします。」

安川 「お願いします。」
医師 「検査の結果、右側の肺に肺炎を起こしていることが

安川 分かりました。
医師 ですので、今日からそのまま入院して頂きます。
安川 「わかりました。」
医師 「今後は点滴を中心に治療を行っていきます。

安川 また、小川クリニックで処方されたお薬のうち、
医師 ニチアスピリンというお薬は
引き続き服用して頂きますが、
安川 もうひとつの薬は服用するのをやめ、
医師 別のお薬で対応します。」
安川 「わかりました。」
医師 「では、お大事に。」

・ 医師、安川診察イメージ

NA 診断の結果を基に医師が処方を行いました。
NA また、小川クリニックで処方された
ニチアスピリンの服用は続けることにしました。

NA 6日後。

● 入院病棟 ベッド

医師、看護師、ベッドへ入ってくる

医師 「こんにちは。」

安川 「あつ、先生。」

医師 「お加減いかがですか？」

安川 「はい、咳があまり出なくなったので、
医師 楽になりました。」

医師 「痰がらみなどはありますか？」

安川 「何となく気になることはありませんけど、
医師 大丈夫です。」

医師 「そうですか。良くなっているようですね。
今日は診療が順調か画像診断を行います。」

安川 「それで今後の対応を考えましょう。」
「はい。よろしくお願いします。」

・ 医師、安川診察イメージ

N A 医師は画像検査とその他の検査を行いました。

N A 検査の結果、肺炎像の消失が認められました。

●入院病棟 ベッド

医師 「検査の結果、

肺炎は完治していることが分かりました。」

安川 「え、本当ですか？」

医師 「ええ。このままの落ち着いた状態でしたら
明日にでも退院できますよ。」

安川 「ありがとうございます。」

医師 「それでは、お大事に。」

安川 「はい。」

N A 翌日。

●デスクワークスペース

代行者 「安川さんは26日、退院することが決まりました。

引き続き小川クリニックでの

家族性高コレステロール血症の

通院治療を受けますので、

小川クリニックへの診療情報提供書の作成が
必須となります。」

代行者、カルテをパソコンに入力

代行者 「診療情報提供書は診療録を基に
作成を行う事が出来ます。」

また紹介状や診療情報提供書などの

一般的な書類は、パソコン上で入力する事も
可能です。」

代行者 「ではカルテを基に紹介状、

診療情報提供書を作成しましょう。」

(終)

Case 7 「桜井晴人」

登場人物

医師

代行入力者

看護師

桜井晴人（患者）

●診察室

桜井 診療室に入室

看護師は医師の隣に立っている

医師 「どうぞ。」

看護師 「こちらへどうぞ。」

桜井 イスに座る

NA 桜井さんは今回が初めての来院です。

医師 「どうされました？」

桜井 「お腹が痛いんです。」

医師 「どのあたりですか？」

桜井 「心臓の下あたりが痛くて夜に起きました。」

医師 「いつごろから痛みはじまりました？」

桜井 「痛くて目が覚めたので…」

夜中の2時半ぐらいですかね。

最初、痛みがこの辺だったんですけど

だんだん下腹部のほうに移ってきて。」

医師 「分かりました。では検査を行いますので。」

桜井 「はい。」

・ 医師、桜井診察イメージ

NA 医師は次の検査・処置を実施しました。

NA 検査の結果は次の通りです。

また体温や嘔吐についての情報もあったため、カルテに記載します。

●診察室

医師 「お疲れさまでした。検査の結果、

虫垂炎のため入院が必要です。

またこの後、手術を行います。

後ほど同意書にサインを頂きますので。」

桜井 「わかりました。」
医師 「では、お願いします。」

看護師 看護師 桜井を外へ
「はい。ではこちらへ。」

●デスクワークスペース

看護師 「先ほど診療した桜井さん、
虫垂炎で本日から入院になりました。」
代行者 「分かりました。」

看護師 入院診療計画書の策定が必要ですね。」
「はい。それと手術での治療も行います。」
代行者 「それでは手術同意書も作成しますので
よろしくお願いします。」

看護師 「はい。」

代行者 代行者、看護師と共にカルテをパソコンに入力
「緊急入院のため看護師と共同で
入院診療計画書の策定を行いました。」

代行者 「入院診療計画書の策定とともに手術同意書を作成し、
桜井さんからサインを頂きました。
そして4時50分、
虫垂炎の手術を施行しました。」

・桜井、入院イメージ

NA また術後に痛みを訴えたため、
鎮痛剤を投与しました。

手術やその後の処置で使用した投薬は次の通りです。

NA 翌日。

●入院病棟 ベッド

医師、創部を診た上で
医師 「うん。異状も、出血も認められないので
大丈夫なようですね。」

桜井 「お陰さまで痛みも治まってきました。」
医師 「良かったですね。検査の結果をみると
イレウスではなさそうですし。

吐気はどうですか？」

桜井 「吐気も治まってきました。」

医師 「そうですか。ガスは？」

桜井 「はい。出ました。」

医師 「なるほど。先程行った血液検査やCRPの結果も
数値が下がってきています。

回復に向かっているようですので

本日からお粥を出しますので

それで様子を見ましょう。」

桜井 「ありがとうございます。」

・ 医師、桜井診察イメージ

NA 本日の処置および検査の内容は次の通りです。

NA 3日後。

●デスクワークスペース

代行者 「その後3日間、

処置および検査は同じように行われました。

食事は3食常食に戻り、

疼痛も治まっていることが確認されています。」

●入院病棟 ベッド

医師、看護師、ベッドへ入ってくる

医師 「失礼します。おかげんいかがですか？」

桜井 「はい。食事も普通に食べられています。」

医師 「それは良かったです。検査の結果も良好ですので

明日退院を予定しておきましょう。」

桜井 「本当ですか？」

医師 「はい。創部の異状もないので大丈夫だと思います。」

ただ退院後、

外来で経過を診たいと思っていますので
1週間後に来院して下さい。」

「わかりました。」

桜井
医師

「日常生活では

急に無理な動作をしないようにして下さい。

傷口に影響を与える可能性があるのです。

無理をせず、様子を見ながら

徐々に動くようにしてください。」

「はい。」

桜井

医師

「また退院の際にお薬をお出しします。」

桜井

「ありがとうございます。」

医師

「お大事に。」

医師、看護師、ベッドから去る

●デスクワークスペース

代行者

「私たち医療クラークは退院療養計画書を作成します。

退院療養計画書は医療機関の管理者が

入院から退院に至るまで患者に対し提供される

医療に関する計画書を作成・交付しなければ

ならないものです。」

・カルテ

代行者

「その記載はカルテを良く読むことで

記載を行う事が出来ます。

退院当日の様子はカルテの通りです。」

代行者

「それでは実際に退院療養計画書を作成しましょう。」

(終)

Case 8 「赤木萌子」

登場人物

医師

代行入力者

看護師

赤木萌子（患者）

●診察室

赤木 診療室に入室

看護師は医師の隣に立っている

「どうぞ。」

医師
看護師

「こちらへどうぞ。」

赤木 イスに座る

NA

赤木さんは今回が初めての来院です。

医師

「今日はどうされましたか？」

赤木

「お腹が痛いんです。」

医師

「いつごろからですか？」

赤木

「午前中から…」

医師

「痛みはどんな感じですか？」

赤木

「なんか刺すような感じで

医師

どんだん痛みが増している感じなんです。」

医師

「そうなんですか。」

赤木

「お腹のハリや吐き気などはありますか？」

赤木

「2回吐きました。」

医師

「わかりました。腸閉塞の疑いがありますのでレントゲンなど検査を行いましょう。」

赤木

「はい。」

・医師、赤木診察イメージ

NA

医師は次の検査・処置を実施しました。

●診察室

医師

「お疲れさまでした。」

画像診断の結果から腸管の詰まりが

確認されました。腸閉塞かと思われましす。」

赤木

「はい。」

医師

「ですので、きょうはこのまま入院して頂き、様子をみましょう。」

赤木

「はい。」

医師

「先にお伝えしますが、食事は禁止です。点滴などを行いながら、保存的治療を行いますので。」

赤木

「わかりました。」

・医師、赤木診察イメージ

N A

医師は保存的治療を行いながら様子を診るために次の指示を行いました。

N A

翌日。

・赤木、入院イメージ

N A

赤木さんの症状は治まらず、嘔吐1回、KT38・2℃ BPは95/65でした。処置は次の通りです。

N A

翌日。

●入院病棟 ベッド

医師

「こんにちは。お加減いかがですか？」

赤木

「まだお腹が痛いです。」

・医師、赤木診察イメージ

N A

赤木さんは本日も次のような処置を受けています。

N A

また、医師は今後の治療方針を決めるため次の検査を実施しました。

●入院病棟 ベッド

医師

「本日は検査を色々行わせて頂いたのですが、

その結果、現在の治療から外科的なものに切り替えようと思います。」

赤木 「はい。」

医師 「これまではチューブを入れて治療することで、

小腸の腫れが引いた場合に腸閉塞が

回復することを念頭に治療を行いました。が、

今後は開腹手術を行う方向で

治療していきます。」

赤木 「手術ですか…」

医師 「手術の内容や今後の計画については

明日ご説明させて頂きますが、

これまでの検査の結果を踏まえると

ベストな選択かと思えます。」

赤木 「わかりました。」

医師 「では、お大事に。」

医師、看護師、ベッドから去る

●デスクワークスペース

医師、デスクワークスペースに来る

医師 「坂口さん。」

代行者 「はい。」

医師 「赤木さんの治療を外科的治療に切り替えます。

明日手術の手続きをするのでよろしく。」

代行者 「わかりました。」

医師、デスクワークスペースから去る

代行者 「手術を行うには

手術同意書を取る病院がほとんどです。

皆さん、その手術同意書を作成してみましょう。」

NA 翌日。

●医師の部屋

代行者、医師の部屋に来る

代行者

「失礼します。
赤木さんの手術同意書を作成しました。
確認お願いします。」

医師

医師 チェックしてハンコをおす
「ありがとうございます。」

代行者

「よろしくお願いします。」

●入院病棟 ベッド

医師

医師、看護師、ベッドへ入ってくる
「失礼します。」

赤木

赤木さん。おかげんいかがですか？
「昨日と余り変わりません。」

医師

「そうですか。」

今日は手術の内容と計画について

ご説明にきました。」

赤木

「よろしくお願いします。」

医師

「では開腹手術ですが、明日10時から
腹腔鏡下腸管癒着剥離術という腹部に
10mm以下の穴をあけ、腸のくっついている部分を
はがして行くという手術を行います。
この方法を取ることで通常の手術と比べ、
痛みが少なく、またお腹の傷も
目立たないという利点があります。」

赤木

「なるほど。」

医師

「今回の手術は腸閉塞が
保存療法では改善が見られなかった為、
今後、腸捻転が起こったり、腹痛、
お腹のハリが続くこと、
また癒着などの合併症が引き起こされないために
外科的処置に踏み切ることが
必要と判断しました。」

赤木

「はい。」

医師

「手術の際には麻酔を行います。
後ほど麻酔を担当する医師が説明致しますが、

硬膜外麻酔を腰に注射することを考えています。」

赤木 「わかりました。」

医師 「ではこちらにサインをお願いします。」

看護師、書類を渡す

赤木 書類にサインをする

医師 「では、明日よろしくお願い致します。」

赤木 「わかりました。」

●デスクワークスペース

代行者 「その後、手術に伴い行われる麻酔について

問題ないことも確認できました。

またこの日行われた処置および検査は

次の通りです。」

・代行者、パソコンに入力イメージ

(終)

第二部 作成見本

Case01_自動車損害賠償責任保険診断書（岬 陽菜）

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。

【参考書類】カルテ

保険者番号		氏名	岬 陽菜		公費負担者番号	
記号	15431723	受給者番号			公費負担医療の受給者番号	
有効期限	平成 26 年 3 月 31 日	生年月日	1 年 1 月 13 日	日生	公費負担者番号	
資格取得	昭和 平成 年 月 日	診住	兵庫県姫路市平野町52-904		公費負担医療の受給者番号	
被保険者氏名					所在地	(省略)
所在地	(省略)				所在地	(省略)
電話	×××× 局 ×××× 番	電話	079 - 223 - 3671	電話	×××× 局 ×××× 番	
名称	(省略)				職業	主婦
		被保険者との続柄	配偶者(妻)		職業	(省略)

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
右手舟状骨骨折	上	平成 25 年 4 月 17 日		治死中止	年 月 日
右胸部打撲	上	平成 25 年 4 月 17 日		治死中止	年 月 日
右手擦過傷	上	平成 25 年 4 月 17 日	平成 25 年 4 月 26 日	治死中止	年 月 日

<p>平成25年4月17日</p> <ul style="list-style-type: none"> 本日11:30頃、自転車に乗車し信号式横断道路を走行中に左後方から来る乗用車に接触。自転車ごと右側に手をつくかたちで転倒。 右手に擦過傷、同部位関節から母指にかけて圧痛及び腫れが見られるため、外来受診。 また、右肋骨全体にかけて疼痛を訴える。 画像検査(X-P)の結果、右胸部(肋骨)は特に異常なし。右手関節から手にかけて骨折線は見られないが、臨床像から骨折の疑い。 副子固定を実施し、安静にしているよう指示。 	<p>平成25年4月17日</p> <ul style="list-style-type: none"> 胸部(右肋骨)デジタルX-P (画像記録用 四ツ切×2枚) 右手関節〜手デジタルX-P (画像記録用 六切り×2枚) 副子固定 Rp) ロキソニン錠 3T 分3×3日分 Rp) 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) ポビヨード液10% 5mL
<p>平成25年4月18日</p> <ul style="list-style-type: none"> 胸部の痛みは継続し、疼痛は全体に持続している。 手部の痛みは増強し、腫れも治まっていない。 運動制限(+)短母指伸筋腱の圧痛 明日4月19日10:00よりMRIの予約 警察提出用の診断書作成 	<p>平成25年4月18日</p> <ul style="list-style-type: none"> 胸部デジタルX-P (画像記録用 四ツ切×2枚) 右手デジタルX-P (画像記録用 六ツ切×2枚) 湿布処置 do
<p>平成25年4月19日</p> <ul style="list-style-type: none"> MRIの結果、右手舟状骨骨折(新鮮骨折)と判明。 ギプス固定により癒合までは8週間程度の見込み。 胸部の疼痛に関しては、1ヵ月を治癒の目安とする。 	<p>平成25年4月19日</p> <ul style="list-style-type: none"> 右手MRI (画像記録用 四ツ切4枚) 湿布処置 Rp) ロキソニン錠 7日分 ギプス包帯
<p>平成25年4月26日</p> <ul style="list-style-type: none"> 自動車損害賠償責任保険診断書作成 	<p>平成25年4月26日</p> <ul style="list-style-type: none"> Rp) ロキソニン錠 1T 3P

医療機関名：姫路保健病院

住所：兵庫県姫路市坂田町 3

TEL：079-289-1631

医師：東 真理子 (整形外科)

【

【回答書類】自動車損害賠償責任保険診断書（回答書類）表面

(保険会社使用欄)

診 断 書

カルテ番号 1234567

住所 兵庫県姫路市平野町52 - 904

傷病者 氏名 岬 陽菜 男・女 明・大・昭(平) 1年 1月 13日生

傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日 (注1)	(注2)
右手舟状骨骨折	平25年 4月 17日	平25年 6月 14日	治ゆ見込
右胸部打撲	平25年 4月 17日	平25年 5月 19日	治ゆ見込
右手擦過傷	平25年 4月 17日	平25年 4月 26日	治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込

症状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日平25年 4月 17日)
(手術のある場合は実施日をご記入下さい)

平成25年4月17日、患者：岬 陽菜は自転車を運転中、乗用車と接触し右方向へ転倒。右手に擦過傷及び同部位関節～母指にかけて圧痛と腫れ、右肋骨全体に疼痛を訴え当院を外来受診。胸部(右)及び関節～手(右)における画像診断の結果、右手関節に骨折の疑いが見られた。なお、胸部に異常は見られない。右手に関しては擦過傷に対する創傷処置、副子固定による経過観察を実施。胸部に関しては湿布処置を実施した。

翌日、胸部の疼痛に変化はなく、右手に関しては短母指伸筋腱の圧痛の増強による運動制限が見られ、また腫れも治まっておらず、画像診断を行い、右手に関してはMRIによる診断を実施する予定とした。処置としては、昨日同様胸部における湿布処置を実施。

平成25年4月19日、MRIによる画像診断で右手舟状骨骨折(新鮮骨折)と診断する。ギプス固定を行い、癒合まではおよそ8週間を見込む。また、胸部の疼痛に関してはおよそ1ヵ月の治癒を見込む。

主たる検査所見

胸部(右肋骨) → デジタルX-P … 特に異常なし
右手(手～関節) → MRI … 右手舟状骨の新鮮骨折

初診時の意識障害 なし・あり(程度 継続期間 日 時間)

既往症および既存障害 なし・あり(注2) ()

後遺障害の有無について なし・あり・未定

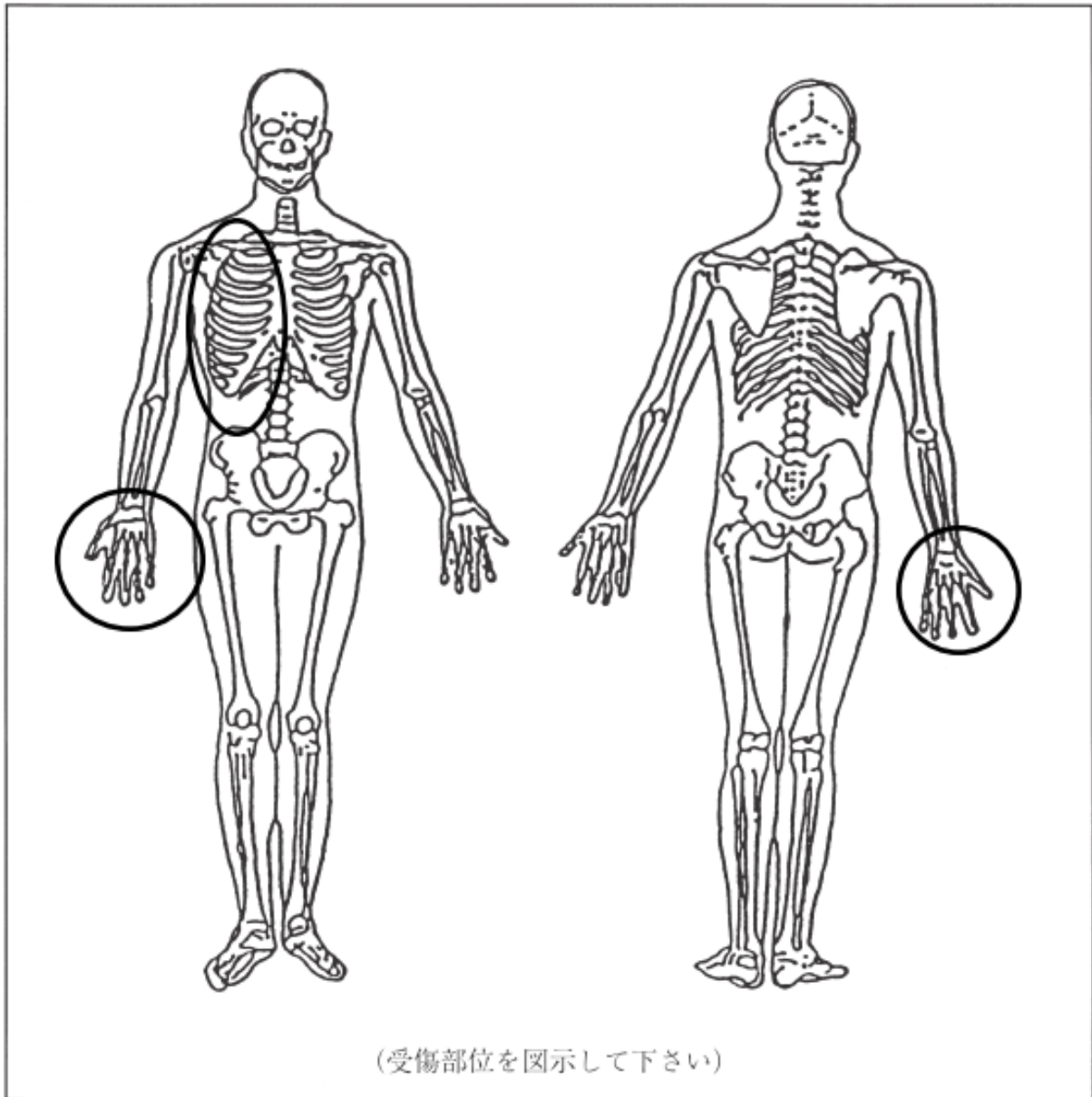
入院治療	日間		(診断日)	
	自	至		年 月 日
通院治療	9日間(内実日数 4日)		治ゆ 継続 中止 死亡	
	自	平成25年 4月 17日		至 平成25年 4月 26日
ギプス固定期間	固定	除去		固定具の種類 ()
付添看護を要した期間	日間		理由	
	自	年 月 日	至 年 月 日	

上記の通り診断致します 所在地 兵庫県姫路市坂田町3
(作成日) 名称 姫路保健病院 TEL. 079(289)1631
平成25年 4月 26日 医師氏名 東 真理子(整形外科) ㊞

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んで下さい。
(注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は()内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

(裏面も記入願います)

【回答書類】自動車損害賠償責任保険診断書（回答書類）裏面



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

Case02_健康保険傷病手当金支給申請書（安藤 忠穂）

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
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

【記載事項】

- ① 病気休業中に被保険者とその家族の生活を保障するため、一定の条件を満たせば退職後も継続します。
- ②被保険者が記入するところ
患者が記入します。
- ③事業主が記入するところ
事業主が記入します。
- ④患者氏名
患者名を記入します。
- ⑤傷病名
治療を行った（行っている）傷病名を診療録の記載をもとに記入します。
- ⑥発病または負傷の年月日
⑤の傷病名が発生した日付を診療録等の記載をもとに記入します。分からない場合は、「不明」や「不詳」と記入します。
- ⑦療養の給付の開始年月日
⑤の傷病名で当院に初めて受診した年月日を診療録等の記載をもとに記入します。
- ⑧発病または負傷の原因
⑤の傷病名の原因を診療録等の記載をもとに記入します。分からない場合は、「不明」や「不詳」と記入します。
- ⑨労務不能と認めた期間
被保険者の記入欄の「療養のため休んだ期間」の日付を参考に記入します。
労務不能と認めた期間を主治医に確認の上記入します。
- ⑩入院期間
労務不能と認めた期間の中で入院期間がある場合に期日と日付を記入します。
- ⑪療養費用の別
医療費を徴収した保険区分のうち、該当するものを○で囲みます。
- ⑫転帰
労務不能となった傷病の状態のうち該当するものを○で囲みます。
- ⑬診療実日数
病院を受診した日数を記入し、該当する日付を○で囲みます。
- ⑭傷病の主たる病状および経過概要
④の傷病名に関する症状や治療内容、傷病の経過などを診療録等の記載をもとに記入します。

⑮人工透析を実施または人工臓器を装着した時

該当する場合は、該当項目の実施開始日や装着日を記入し、該当項目を○で囲みます。

⑯日付

文書を作成した日付を記入します。労務不能と認めた期間の最終日の前日以前の日付は記入できません。

⑰医療機関の所在地・医療機関・医師の氏名

医療機関の住所・名称を記入します。医師の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してもらいます。

【参考書類】カルテ

保険者番号	016275309	氏名	安藤 忠穂		公費負担者番号	
記号	2008・0604	受名	51年9月13日生		公費負担医療の受給者番号	
有効期限	平成26年3月31日	性別	男		公費負担者番号	
資格取得	昭和63年4月1日	診住	大阪府大阪市港区弁天町1-3-3		公費負担医療の受給者番号	
被保険者氏名	安藤 忠穂	所在地	(省略)		所在地	(省略)
所在地	電話 ×××× 局 ×××× 番	電話	06 - 6582 - 6711		電話	×××× 局 ×××× 番
名称	(省略)	職業	会社員		被保険者との続柄	本人

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
うつ病	上	平成 24年	年	治 死 中	年
	外	6月 20日	月 日	ゆ 亡 止	月 日
	上		年	治 死 中	年
	外		月 日	ゆ 亡 止	月 日

<p>平成25年10月7日</p> <p>2ヵ月前に交通事故で子供を亡くし、49日を過ぎた頃から眠れなくなる、やる気が起きない等の症状が現れ始めた。心因性のうつ病と診断、うつ病初期時に適する処方を行い、経過を観察する。</p>	<p>平成25年10月7日</p> <p>Rp) ① デバス錠 0.5mg 1T トフラニール錠 10mg 1T / 分1就寝前14日分</p>
<p>平成25年10月21日</p> <p>不安感を強く感じるようになるという訴え。投薬の効果もあまり見られず、不眠に関してはほとんど改善されていない。処方内容を変え、経過を観察する。</p>	<p>平成25年10月21日</p> <p>Rp) ② アモキシサンカプセル 10mg 1C / 分1就寝前7日分 デバス錠 0.5mg 1T ③ デバス錠 0.5mg 1T 10P (不眠時)</p>
<p>平成25年10月28日</p> <p>倦怠感があり、朝はなかなか起き上がれない。出社するのが困難な状況と判断し、傷病手当金申請書の作成依頼を受ける。(H26. 10. 28~H26. 11. 27) 再度、処方内容を変更し様子を経過を観察する。自宅での療養期間を3ヵ月と見積もる。</p>	<p>平成25年10月28日</p> <p>Rp) ④ アモキシサンカプセル 10mg 3C / 分3毎食後14日分 デバス錠 1mg 3T レキソタン錠 1mg 3T ③ do</p>

医療機関名：阪神医科大学附属病院
住 所：大阪府枚方市新町2-5-1
電話番号：072 - 804 - 0101
医 師：鬼平 剛志

【回答書類】健康保険傷病手当金支給申請書（回答書類）第1面

届書コード

健康保険傷病手当金支給申請書（第1回）

〇〇（※）記入方法および添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を参照してください。

② 被保険者証の記号・番号		③ 被保険者の生年月日		届書種類	受付年度	通	番	グループ
2008-0604		5191301		平成25				
④ 被保険者(申請者)の氏名と印 安藤 忠穂		⑤ 被保険者の資格を取得した年月日 昭和 平成 年 月 日		⑥ あなたの具体的な内容				
⑦ 被保険者(申請者)の住所 大阪府 大阪市港区弁天町1-3-3		⑧ (7)加付 オオサカフオオサカシミナトクベンテンチョウ		電話 06(6582)6711				
⑨ 1) うつ病		⑩ 251007		⑪ 251028		⑫		
⑬ 発病時の状況を詳しく(急患の場合は右面⑭を記入してください。)		2か月前に子供を亡くし、その後不眠・不安感の症状が始まった。外来にて受診し、心因性のうつ病と診断を受けた。		⑯ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
⑰ 療養のため休んだ期間(申請期間)		平成 25年 10月 28日 から		31 日間		自 年 月 日 至 年 月 日		
⑱ 上記⑰の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない		<input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 今後も受けない				
⑲ 上記⑱で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。		平成 年 月 日 から		平成 年 月 日 まで 円				
⑳ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか、受給している場合、どちらを受給していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金				
㉑ 上記㉑で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください。								
㉒ 上記㉒で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)		基礎年金番号		年金コード				
㉓ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中						
㉔ 上記㉔で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)		基礎年金番号		年金コード				
㉕ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中						
㉖ 上記㉖で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。		支給(請求)労働基準監督署名		労働基準監督署				
㉗ 介護保険法のサービスを受けたとき		保険者番号		被保険者番号		保険者名称		
減額1		期間		日数		金額		円
減額2		期間		日数		金額		円
減額3		期間		日数		金額		円
不支給1		期間		日数		金額		円
不支給2		期間		日数		金額		円
不支給理由		法定支給額		支払日数		支払方法		
						2:個人払い 3:その他		

【回答書類】健康保険傷病手当金支給申請書（回答書類）第2面

振込希望口座	1 金融機関				
	金融機関コード	② 阪神 銀行 信庫 信組 港			店・本店 支店 出張所
	※ 0009121	信連・信漁連 農協・漁協			本所・支所 本店・支店
	預金種別 1:普通 2:当座 3:別段 4:通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	(フリガナ) アンドウ タダオ 安藤 忠穂

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者 (申請者) 住所 氏名	印	
	代理人の氏名と印 (フリガナ)	委任者と代理人との関係	
受取人情報	代理人の住所	(〒 -)	電話 ()

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

② 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック（☑）してください。）	
<p>被保険者が記入する</p> <p>【負傷日時・場所等】</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか。 平成 年 月 日（ 曜日） □午前・□午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。 □出勤日・□休日（定休日・休暇含む） □その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 □勤務時間中・□通勤途中（□出勤・□退勤） □出張中・□私用・□その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。 □会社内・□道路上・□自宅 □その他（ ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 □交通事故・□暴力（ケンカ） □スポーツ中（□職場の行事・□職場の行事以外） □動物による負傷（倒い主□有・□無） □あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 □有 → □あなたは被害者 □あなたは加害者 □無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。</p>	<p>【受診した医療機関】</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____ 平成 年 月 ~ 平成 年 月 □治療・□治療中</p> <p>医療機関名 _____ 平成 年 月 ~ 平成 年 月 □治療・□治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 □加入有・□加入無</p>

社会保険労務士の提出代行者印



平成 年 月 日提出

受付日付印

【回答書類】健康保険傷病手当金支給申請書（回答書類）第3面

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	① 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)		出勤	有給			
	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 計	日	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 計	日	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 計	日	日			
賃金内訳	② 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類 (○で囲んでください)				
	③ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄に記入してください。		月給 日給 日給月給 時間給 歩合給 その他	賃金計算 締日 支払日			
証明するところ	支給した(する)賃金内訳	期間 区分 単価	月 日 ~ 月 日分 支給額	月 日 ~ 月 日分 支給額	月 日 ~ 月 日分 支給額	●賃金計算方法(欠勤除計算方法等)について記入してください。	
	基本給						
	通勤手当						
	住居手当						
	扶養手当						
	手当						
	手当						
	現物給与						
	計						
	上記のとおり相違ないことを証明します。						担当者氏名
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					平成 年 月 日 電話 ()		

「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

療養担当者が見入る	患者氏名	安藤 忠穂		
	傷病名	(1)	うつ病	
		(2)		
		(3)		
	発病または負傷の年月日	平成 25年 10 月 7 日	発病または負傷の原因	
	⑤ 労務不能と認められた期間	25年 10 月 28 日から 25年 11 月 27 日まで	31日間	
	⑥のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別 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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
	診療実日数	診療日を○で囲んでください。	10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
			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
			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
⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ⑬の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) 2ヵ月前に交通事故で子供を亡くし、49日を過ぎた頃より眠れなくなる。心因性のうつ病と診断。当疾病の初期処方経過を観察したが、不安感の増強を訴える。投薬の効果がみられず、不眠は改善されないため、処方の内容を変え自宅での療養とする。 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 倦怠感があり、朝に起きられず、出社するのが困難な状況と診断。				
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他 ()	昭和・平成 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。				
平成 25年 10 月 28 日				
医療機関の所在地 大阪府枚方市新町2-5-1 医療機関の名称 阪神医科大学附属病院 医師の氏名 鬼平 剛志				
電話 072 (804) 0101				

Case03_生活保護における医療要意見書（田近 晴幸）

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。

【参考書類】カルテ（1枚目）

保険者番号		氏名	田近 晴幸		公費負担者番号	
被保険者番号		受診者	23年11月7日生		公費負担医療の受給者番号	
有効期限	平成 年 月 日	性別	男		公費負担者番号	
資格取得	昭和 年 月 日	住所	福井県福井市大宮2-7-3-105		公費負担医療の受給者番号	
被保険者氏名		所在地			所在地	
事業所		電話	0776-23-7879		被保険者との続柄	
名称		職業			職業	

備病名	職務開始	終了	転帰	期間満了予定日
病原性大腸菌感染症	平成25年 6月11日	年 月 日	治癒 死亡 中止	年 月 日
尿路感染症	平成25年 6月11日	年 月 日	治癒 死亡 中止	年 月 日

<p><既往症> 高血圧にて現在、他医院内科を受診中 … ベルジピン錠10mg 3T 分3毎食後 2005年5月10日 尿閉にて当院救急外来受診（前立腺肥大症） 2006年4月4日～4月16日 当院入院歴あり（TUR-P施行）</p>	<p>平成25年6月11日 3日前より食思不振があり、昨日の朝に血尿を認め、本日も血尿が薄くなるも水様便を6～7回繰り返し、BT38.4℃及び全身の倦怠感が著明であったため当院外来を受診。 BP 123/81 腹部X-P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。 WBC 7-10/毎 RBC 10-13/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があるので、家庭での二次感染予防について説明し、注意するよう促す。</p> <p>即日入院 禁食</p>
<p>平成25年6月12日 BT 36.6℃ BP 125/85 P 98 下痢及び腹痛症状軽快 昼・夕 5分粥</p>	<p>平成25年6月12日 点滴 do</p>
<p>平成25年6月13日 BT 36.5℃ BP 127/87 P 96 症状軽快 朝・昼・夕 通常食</p>	<p>平成25年6月13日 点滴 do</p>

【参考書類】カルテ（2枚目）

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>平成25年6月14日 尿潜血（-） 有形便 2回 このまま症状の軽快が続いた場合、明日退院予定。 食思良好 朝・昼・夕 通常食</p> <p>平成25年6月15日 本日、軽快退院（午前10時） 細菌検査（糞便）：病原性大腸菌を検出 退院後、外来にて治療を継続する。</p>	<p>平成25年6月14日 点滴 do Rp) バセトシン錠 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> <div data-bbox="860 992 1307 1193" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>医療機関名：山下内科クリニック 住 所：福井県福井市二の宮 3-16-26 電話番号：0776-26-2937 医 師：山下 正芳</p> </div>

【回答書類】医療要否意見書（回答書類）

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) 田近 晴幸 (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 ㊟	

傷病名又は部位	(1) 病原性大腸菌感染症 (2) 尿路感染症 (3)	初診 年月日	(1) 25年6月11日 (2) " " " (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) 血球、発熱及び全身の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、家庭での二次感染防止のため即日入院。点滴治療にて症状の改善が認められ、6月15日軽快退院。退院後は外来にて通院治療を行い、経過観察が必要。					
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)	福祉の連絡事項へ
	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。 平成 25年 6月 15日 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 福井県福井市二の宮3-16-26 院(所) 長 山下内科クリニック ㊟ 担当医師(診療科名) 山下 正芳(消化器科)						
※ 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				

Case04_障害補償給付支給申請書（片桐 宗）

記入するうえでの注意事項

（１）傷病者の氏名、生年月日、性別

傷病者の氏名、生年月日および性別を被保険者証等より正しく記入します。

（２）傷病名と障害の部位

治療の原因となった傷病名と障害の部位を診療録の記載をもとに記入します。

（３）負傷発病年月日、初診日、治ゆ年月日

（２）の傷病名に対する初診日、負傷または発病の年月日を診療録の記載をもとに記入します。また、（２）の傷病が治ゆしている場合には、その治ゆした年月日も記入します。

（４）既往歴、既存障害

（２）の傷病名以外に既往歴および既存障害がある場合には、診療録の記載をもとに記入します。

（５）療養の内容及び経過

（２）の傷病名に係る療養の内容および経過を診療録をもとに記入します。具体的には、

①初診から現在までの主要症状ならびに治療内容

②実施した手術

③入院治療および通院治療

④今後の経過予想 等を記入しましょう。

（６）障害の状態の詳細

（２）の傷病名に係る障害の状態の詳細を診療録をもとに記入します。具体的には、

①労働災害補償保険法施行規則別表第１『障害等級表』に係るような障害の状態

②後遺障害残存見込

③就業がまったく不可能な期間、業務および日常生活に支障がある期間

等を記入します。

なお、図により示すことができるものは図解します。

（７）関節運動範囲

労災保険における関節運動の範囲を診療録の記載をもとに記入します。

（８）日付

文書を作成した日付を記入します。

（９）証明する医療機関の所在地、名称、郵便番号、電話番号、診断担当者氏名

病院の住所・名称、電話番号および郵便番号を記入します。担当医師の欄は、証明内容の最終確認をしてもらう際に、直筆で署名または押印してもらいます。

【参考書類】カルテ（1枚目）

保険者番号	01130012	氏名	片桐 宗		公費負担者番号		
被保険者番号	6040819・2525	受給者番号			公費負担医療の受給者番号		
有効期限	平成 26 年 3 月 31 日	生年月日	30 年 10 月 17 日生	性別	男	公費負担者番号	
資格取得	(昭和) 平成 53 年 4 月 1 日	診住	東京都豊島区西池袋2-31-3		公費負担医療の受給者番号		
被保険者氏名	片桐 宗	住所	東京都千代田区大手町1-2-1		所在地	(省略)	
所在地	東京都千代田区大手町1-2-1	電話	3971 局 7535 番	被保険者との続柄	本人	電話	×××× 局 ×××× 番
名称	三菱商事 株式会社	職業	会社員	名称	全国健康保険協会 東京支部		

傷病名	職務開始	終了	転帰	期間満了予定日
頭部外傷	平成 25 年 2 月 14 日	平成 25 年 5 月 1 日	治癒 死亡 中止	年 月 日
左眼外傷	平成 25 年 2 月 14 日	平成 25 年 5 月 1 日	治癒 死亡 中止	年 月 日
頭部外傷後遺症、左眼外傷後遺症	平成 25 年 5 月 1 日	年 月 日	治癒 死亡 中止	年 月 日

<紹介元医療機関における病歴概要>

- ・既往症等なし。
- ・平成25年1月22日 11:00頃、会社備品室の掃除中に脚立を踏み外し転落。床に転落した際に右頭部、掃除用具で左眼を受傷。
- ・11:30に神田橋総合病院救急外来へ搬送、外科及び眼科で受診。右頭部外傷及び左眼外傷と診断され、入院。
- ・2月7日退院。
- (外科)
- ・1月22日正午に局所麻酔で頭部創傷処置（3cm）を施行。投薬（抗生物質、鎮痛剤）
- ・1月29日術後創傷処置（抜糸）、投薬（鎮痛剤）
- (眼科)
- ・1月22日15:00に局所麻酔で角膜・強膜縫合術（4mm）及び網膜復位術を施行。投薬（抗生物質内服、ステロイド剤）
- ・初診時視力RV=0.8 (1.2c-1.25DA90°)
LV=0.03 (0.09× -4.0D)

<平成25年2月14日より当院へ紹介転院。>

平成25年2月14日

(外科)

- ・頭痛、めまいの症状あり。脳CT及び脳波検査は異常なし。投薬（鎮痛剤、めまい平衡障害治療剤）にて治療を実施。

(眼科)

- ・視力に改善の兆候が見られる。投薬治療を継続する。

平成25年2月21日

(外科)

- ・頭痛の症状あり。投薬治療を継続する（鎮痛剤）。

【参考書類】カルテ（2枚目）

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>平成25年5月1日 (外科)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・KT 36.0℃、BP 160/105、頭痛 (+) ：午前中に著しい症状が現れる。 ・症状改善の見通しは不明。 ・満員電車や人混みは極力回避するようにし、悪化した場合は来院のこと。引き続きアフターケアが必要。 <p>(眼科)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視力はかなり回復したが、現段階以上の回復の見込みはなく、アフターケアの必要がある。 ・視力LV=0.2 (1.2×+0.5c-2.25DA55°) <p>→来週より患者が出勤、通院は1ヵ月に1回とする。 平成25年5月8日“障害補償給付支給請求書”作成依頼 ：頭部外傷、左眼外傷、頭部外傷後遺症、左眼外傷後遺症</p>	<p>平成25年5月1日 (外科)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳CT、脳波検査：異常なし ・Rp) 院外処方 ロキソニン60mg 3錠 セルベックスカプセル50mg 6カプセル (分3×30日分) <p>(眼科)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精密眼底検査、眼底カメラ、精密眼圧測定、量的視野検査 (検査結果：別紙…略) ・Rp) 院外処方 タリビット点眼液0.3% 90mL <div data-bbox="869 1137 1289 1350" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>〒161-0003 東京都新宿区下落合3-22-23 TEL03-9909-3953 東京聖パウロ病院 外科担当医 (請求書作成) : 小室 明秀 眼科担当医 : 溝端 美与</p> </div>

【回答書類】障害補償給付支給申請書（回答書類）1枚目

様式第10号（表面）

労働者災害補償保険
 障害補償給付支給請求書
 障害特別支給金
 障害特別年金支給申請書
 障害特別一時金

〔注意〕

一、事項を選択する場合は、該当する事項を丸で囲むこと。
 二、請求人へ申請人が傷病補償年金を受け、請求人へ申請人が特別加入者であるときは、①、④及び⑤には記載する必要がないこと。
 三、請求人へ申請人が特別加入者であるときは、⑦には、その者の給付基礎日額を記載すること。④及び⑤の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 四、⑩については、障害特別年金又は障害特別年金を受け、その期間中に、④及び⑤の事項を証明すること。④及び⑤の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 五、⑪については、金融機関（郵便貯金銀行の支店等を除く。）から受けることを希望する者にあつては、④及び⑤の事項を証明すること。④及び⑤の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 六、⑫については、金融機関（郵便貯金銀行の支店等を除く。）から受けることを希望する者にあつては、④及び⑤の事項を証明すること。④及び⑤の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 七、⑬については、金融機関（郵便貯金銀行の支店等を除く。）から受けることを希望する者にあつては、④及び⑤の事項を証明すること。④及び⑤の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 八、「事業主の氏名」の欄に「請求人（申請人）の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 1:3 1 0:3 1:3 08:8:0		フリガナ かたぎり しゅう 氏名 片桐 宗 (男)女 生年月日 昭30年 10月 17日 (57歳) フリガナ トウキョウトシマクニシテイアキラ 住所 東京都豊島区西池袋2-31-3 職 種 所属事業場 名称・所在地		④ 負傷又は発病年月日 平成25年 1月 22日 午後 11時 00分頃 ⑤ 傷病の治癒した年月日 平成25年 5月 1日 ⑦ 平均賃金 21000 円 銭 ⑧ 特別給与の総額(年額) 570000 円
② 年金証書の番号 管轄局 種 別 西暦年 番 号		⑥ 災害の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること) 会社備品室の掃除中に脚立を踏み外し転落。床に転落し右頭部、掃除用具で左眼を受傷。		
⑨ 厚生年金保険等の受給関係 ④ 基礎年金番号 年金の種類 障害等級 支給される年金の額 支給されることとなった年月日 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード 所轄年金事務所等		⑩ 被保険者資格の取得年月日 年 月 日 厚生年金保険法のイ、障害年金 ロ、障害厚生年金 国民年金法のイ、障害年金 ロ、障害基礎年金 船員保険法の傷害年金		
③の者については、④、⑥から⑧まで並びに⑨の④及び⑩に記載したとおりであることを証明します。 事業の名称 五菱商事株式会社 電話番号 3282 局 2111 番 平成25年 5月 8日 事業場の所在地 東京都千代田区大手町1-2-1 郵便番号 100-0004 事業主の氏名 藤岡 広正 (法人その他の団体であるときは、その名称及び代表者の氏名) [注意] ⑨の④及び⑩については、③の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。				
⑩ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり。)		⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態		
⑫ 添付する書類その他の資料名 なし				
⑬ 年金の払渡しを希望する金融機関又は郵便局		※ 金融機関店舗コード 東京五菱AFJ 農協・漁協・信組 預金通帳の記号番号 普通・当座 第 123456 号 ※ 郵便局コード フリガナ 郵便局 所在地 都道府県 市区 預金通帳の記号番号 第 号		

障害補償給付の支給を請求します。 3971 局
 障害特別支給金 郵便番号 171-0021 電話番号 7535 番
 上記により 障害特別年金の支給を申請します。
 障害特別一時金

年 月 日 請求人の住所 東京都豊島区西池袋2-31-3
 労働基準監督署長殿 申請人の氏名 片桐 宗

振込を希望する金融機関の名称 東京五菱AFJ 農協・漁協・信組	預金の種類及び口座番号 普通 当座 第 123456 号 口座名義人 片桐 宗
------------------------------------	---

【回答書類】障害補償給付支給申請書（回答書類）2枚目

様式第10号（裏面）

診 断 書

氏 名	片 桐 宗		生年月日	明治 大正 昭和 平成 30年10月17日	性別	男・女
傷 病 名	頭部外傷/左眼外傷			負傷発病年月日	平成25年	1月22日
障 害 の 部 位	右頭部/左眼			初診年月日	平成25年	2月14日
既 往 歴	なし	既存障害	なし	治ゆ年月日	平成25年	5月1日
療 養 の 内 容 及 び 経 過	<ul style="list-style-type: none"> ・頭部外傷に関して 紹介元医療機関にて頭部創傷処置(右)及び投薬治療を施行。当院転院後も頭痛を訴え、投薬治療を継続中。症状改善の見込みは現在なく、アフターケアを必要とする。 ・左眼外傷に関して 紹介元医療機関にて角膜・強膜縫合術及び網膜復位術、加えて投薬治療を施行。当院転院後、視力に一定の回復が見受けられるも当請求書を記載している現在よりも回復する見込みはない。こちらもアフターケアを必要とする。 ・アフターケアに関して 今後の通院は1カ月に1回程度を目安とし、投薬治療による療養を施行する。 					
障 害 の 状 態 の 詳 細	<p>(図で示すことができるものは図解すること。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・頭部外傷に関して 頭痛を主訴とし、午前中に著しい症状の悪化が見られる。なお、脳CT及び脳波検査における異常は発見されず。 ・左眼外傷に関して 検査結果に基づく視力(H25/5/1) 視力LV=0.2(1.2×+0.5c-2.25DA55°) 					
関 節 運 動 範 囲	種類範囲					
	部位					
		右				
		左				
		右				
		左				
		右				
		左				
上記のとおり診断します。				郵便番号	161-0003	電話番号
平成25年 5月 8日				所在地	東京都新宿区下落合3-22-23	
				名 称	東京聖パウロ病院	
				診断担当者氏名	小室 明秀(外科) ㊟	
(記名押印又は署名)						

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		㊟	

Case05_主治医意見書（堀田 圭介）

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。

【参考書類】カルテ（1枚目）

保険者番号	106131324	氏名	堀田 圭介		公費負担者番号	
被保険者証 記号 番号	1000・1356	受 名	堀田 圭介		公費負担医療 の受給者番号	
有効期限	平成 26 年 3 月 31 日	生 年 月 日	61 年 6 月 13 日生		公費負担者番号	
資格取得	昭和 20 年 4 月 1 日	性 別	男		公費負担医療 の受給者番号	
被保険者氏名	堀田 圭介	診 住	東京都港区南青山2-1-1		公費負担者番号	
所在地	(省略)	保 險 者	本人		公費負担医療 の受給者番号	
事業所 名称	(省略)	職 業	会社員		所在地	(省略)
	電話 ×××× 局 ×××× 番	電 話	03 - 1111 - 3423		電 話	×××× 局 ×××× 番
	(省略)	被 保 険 者 の 就 柄	本人		保 險 者 名 称	(省略)

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	平成 17 年	年	治 死 中 ゆ 亡 止	年 月 日
左膝関節完全脱臼	上	平成 25 年	年	治 死 中 ゆ 亡 止	年 月 日
左股関節破壊	上	平成 25 年	年	治 死 中 ゆ 亡 止	年 月 日
	外	10 月 5 日	月 日		月 日
	外	7 月 29 日	月 日		月 日
	外	10 月 25 日	月 日		月 日

<祐天寺整形外科クリニックからの紹介>

・診療情報提供書の内容
平成17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。
 >薬物による治療を開始。 (整形外科)

平成25年7月29日
 >左膝関節完全脱臼の診断。
 >左膝関節炎増悪。

平成25年10月2日
 >精査目的で入院。
 >精査の結果、関節リウマチの急性増悪と診断、ステロイドパルス療法（プリドール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、10月10日よりセファメジンα4gを投与。

平成25年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。

平成25年10月25日
 >左股関節痛があるため、画像診断。
 >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。

平成25年11月25日
 >左膝関節に疼痛を訴えるも、リハビリテーションは可能とみられる。
 >腸腰筋腫瘍は縮小傾向。

平成26年3月6日
 >現在 CPRは2.5~3.0

医療機関名：東亜医科大学附属病院
 住 所：東京都文京区千駄木1-1-5
 電話番号：03 - 3813 - 3111
 医 師：蔵田 聡

【参考書類】カルテ（2枚目）

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>平成26年3月10日からについて</p> <ul style="list-style-type: none"> >入院診療計画を作成。 >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。 >患者情報 <ul style="list-style-type: none"> 身長182cm 体重76kg 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、現在は車椅子を使用（他者の操作による）。 関節炎は感染が否定的で、関節リウマチの増悪によるものと考察。 >作業療法士の処方 <ul style="list-style-type: none"> 評価－関節可動域・筋力（両上肢、手指） ADL 9点 訓練－関節可動域・筋力増強訓練（四肢、手指）、ADL訓練 >理学療法士の処方 <ul style="list-style-type: none"> 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>平成26年3月18日</p> <ul style="list-style-type: none"> >今後の治療計画について、患者に説明。 <ul style="list-style-type: none"> : 自立歩行が可能となるのは困難と考えられ、当面の移動は車椅子を中心とする。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。 >同居家族はいない。 >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>平成26年3月28日</p> <ul style="list-style-type: none"> >介護申請のため、主治医意見書作成。 <ul style="list-style-type: none"> ・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>平成26年3月10日</p> <ul style="list-style-type: none"> >Rp) ①プロレン錠 5mg 2T 分2×10日分 <li style="padding-left: 20px;">②リファジンカプセル150mg 3T <li style="padding-left: 20px;">レボフロキサシン錠100mg「サワイ」 3T <li style="text-align: right;">分3×10日分 <li style="padding-left: 20px;">③メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」 1T <li style="text-align: right;">分1×10日分 <p>>運動器リハビリテーション（Ⅱ） 6単位</p> <p>B-CRP</p> <p>>平成26年3月9日以降 : リハビリテーション継続</p>

【回答書類】主治医意見書（回答書類）表面

主治医診療報告書

記入日 平成 26 年 3 月 28 日

申請者	(ふりがな) ほった けいすけ	男 ・ 女	〒 107 - 0062
	堀田 圭介		東京都港区南青山2-1-1
	明・大(昭) 61年 6月 13日生(27歳)		連絡先 03 (1111) 3423
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 checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 医師氏名 蔵田 聡 医療機関名 東亜医科大学附属病院 電話 03 (3813) 3111 医療機関所在地 東京都文京区千駄木1-1-5 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)	17年 10月 5日頃
2. 左膝関節完全脱臼	発症年月日	(昭和・平成)	26年 7月 29日頃
3. 左股関節破壊	発症年月日	(昭和・平成)	26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 checked="" 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)			
腸腰筋腫瘍のため、平成25年10月15日 左腸骨窩膿瘍掻爬術施行。 左膝関節は疼痛の為、リハビリが必要。 関節リウマチ、左膝関節炎のため、自立歩行困難で他者操作による車椅子を使用。 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。			

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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]

【回答書類】主治医意見書（回答書類）裏面

(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: _____ 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 (細菌が骨髄組織に到達することにより関節炎や骨髄炎を誘発する可能性がある) □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、更衣(着替え)、歩行困難な状態である。
 移動は車椅子が中心で、自宅復帰を復帰としており、リハビリテーションに取り組んでいるが、一人暮らしのため、介護サービスが必要である。

紹介状

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
紹介状	患者	医療機関	他の医療機関等

【記入する上での注意事項】

①紹介先医療機関名、担当医名

- ・紹介先の医療機関名、担当医師名を、担当医に確認し、記入する。

②挨拶文

- ・今回使用する形式は、患者氏名のみを入力している。患者氏名を誤字・脱字なく正確に記入する。

③附記

- ・患者の主訴や現状を診療録の記載をもとに記入する。
- ・検査結果や疑いのある病名も記入する。

④日付、紹介元医療機関の名称、担当医名

- ・文書を作成した日付を記入する。
- ・紹介元医療機関の名称を記入する。
- ・医師氏名欄は、医師に証明内容の確認をしてもらう時に、直筆で署名及び押印をしてもらう。

診療情報提供書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
診療情報提供書	患者	医療機関	他の医療機関等

※一般には、紹介状とよばれる。

【記載事項】

①紹介先医療機関等名、担当医 科 殿

・紹介先の医療機関等名、診療科、医師名を担当医師に確認後、記入します。

②日付

・文書を作成した日付を記入します。

③紹介元医療機関の所在地及び名称、電話番号、医師名

・自院の住所、名称、電話番号を記入します。医師氏名欄は医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に、直筆で署名または押印をしてもらいます。

④患者氏名、患者住所、性別、電話番号、生年月日、職業

・患者氏名、患者住所、性別、電話番号、生年月日、職業を、診療録の記載をもとに記入し、該当項目を○で囲みます。

⑤傷病名

・紹介先の医療機関で治療が必要な傷病名を記入します。

⑥紹介目的

・紹介先の医療機関に依頼する治療内容の概略を記入します。

⑦既往歴及び家族歴

・⑤の傷病以外に治療を行っている傷病や、アレルギーや輸血の有無、家族の状況など、紹介先の医療機関での治療に必要な情報を記入します。

⑧症状経過及び検査結果

・⑤の傷病に関する症状の経過、検査や画像診断などの結果を記入します。

⑨治療経過

・⑤の傷病に関する治療の内容や経過を記入します。

⑩現在の処方

・現在服用している薬剤がある場合、処方内容を記入します。

⑪備考

・①から⑩以外で、治療上必要な内容がある場合に記入します。

診療録 (診療情報提供書／紹介状)

過有
敏
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 6 1 3 1 3 2 4							
受 診 者	氏名	安川 源						記号・番号	10・135						
	生年月日	明大(昭)40年 4月 23日 (男)・女						有効期限	平成 年 月 日						
	住所	東京都台東区浅草橋9-9-9 電話 03-0000-0000						被保険者氏名							
	職業	会社員	被保険者 との続柄	本人			資格取得	昭・平 年 月 日							
事業所		所在地		名称		所在地		名称							
傷病名		職務	開始	終了	転	帰	期間満了予定日								
肺炎		上・外	25年 2月 19日	25年 2月 26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											
家族性コレステロール血症にて通院中の小川クリニックから紹介。 2月15日 KT38.2℃、悪寒・咽頭痛あり 小川クリニックにて薬を処方 ※ロキソニン錠 3T メチスタ錠500mg 3T ケイサミン錠 3T セファレキシンカプセル 3C 分3×4日分 2月19日 KT38.7℃ 画像診断の結果、湿潤影を認め肺炎と診断 池中総合病院に入院予定で紹介 ・既往歴 WPW症候群 (カテーテルアブレーション施行済) 家族性コレステロール血症 マイバスタ錠5mg 2T 分2 ニチアスピリン錠 1T 分1 (2月分処方済み)				医療機関名：池中総合病院 住所：東京都中央区八丁堀5-5-5 電話番号：03-0000-0000 医師：谷口 透 医療機関名：小川クリニック 住所：東京都台東区浅草橋8-8-8 電話番号：03-0000-0000 医師：上田 直樹											
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 E 日		自 月 E 日							
		自 月 日 年 月 日		自 月 日 年 月 日		自 月 E 日		自 月 E 日							
		自 月 日 年 月 日		自 月 日 年 月 日		自 月 E 日		自 月 E 日							
		自 月 日 年 月 日		自 月 日 年 月 日		自 月 E 日		自 月 E 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								

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
25.2.19 KT38.7℃ BP118/73 P105 SpO ₂ 94% 咳嗽 (+) 頻呼吸 (-) ラ音 (-) WBC6800 CRP12.0 画像診断の結果、右下葉に肺炎、一部無気肺 小川クリニックで処方された薬は、ニチアスピリンのみ 服用 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.19 B-末梢血液一般 B-CRP ECG (12) 胸部デジタルX-P (画像記録用四ツ切 2枚) 胸部CT (画像記録用四ツ切 2枚) S-M、培 点滴- [ブランジン注用2g 2瓶 ソリタ-T3号輸液500mL 2瓶 ピソルボン注 2A Rpテブレノンカプセル 3C アントブロンLカプセル 3C シスダイネ錠500mg 3T / 分3×5日分
25.2.20 KT39.2℃ BP127/85 P110 SpO ₂ 95% 引き続き点滴を行い、様子をみる。 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.20 点滴 do
25.2.21 KT38.0℃ BP115/80 CRP10.6 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.21 点滴 do B-CRP
25.2.22 KT37.6℃ BP116/83 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.22 点滴 do
25.2.23 KT37.2℃ BP120/85 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.23 点滴- [ブランジン注用2g 2瓶 ソリタ-T3号輸液500mL 1瓶 ピソルボン注 2A
25.2.24 KT37.0℃ BP120/83 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.24 点滴 do
25.2.25 KT36.8℃ BP118/78 CRP0.2 画像診断の結果、肺炎像消失 咳、痰減少、このまま落ち着いていれば明日退院 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.25 B-CRP 胸部デジタルX-P (画像記録用 四ツ切2枚) S-M、培
25.2.26 予定通り本日退院 退院時処方 小川クリニックへ、入院中の報告及び今後の治療に ついて診療情報提供書作成	25.2.26 Rpパセトシンカプセル250mg 3C 分3×7日分

解答（診療情報提供書）

診療情報提供書

※医師からの他診療所又は病院の医師への紹介を兼ねた診療情報提供書です。

25年 2月 26日

小川 病院・診療所
医院 クリニック 科 上田 直樹 先生

医療機関名 池中総合暴飲
所在地 東京都中央区八丁堀5-5-5
電話番号 03-0000-0000
医師氏名 谷口 透

下記の患者さまを紹介しますので、よろしくお願いたします。

フリガナ	ヤスカワ ゲン	職業	会社員
患者氏名	安川 源	電話	
住所	東京都台東区浅草橋9-9-9	性別	男・女
生年月日	明・大 昭・平 40年 4月 23日生 (47歳)		
紹介目的	軽快退院のご報告及び今後の継続加療		
主訴 および現病名	肺炎（発熱、悪寒、咽頭痛）		
既往歴 および家族歴	家族性コレステロール血症 WPW症候群		
治療経過 および 主要検査成績	平成25年2月19日に貴院からのご紹介にて当院に入院された患者様です。 胸部X-P・CTにおいて右下葉の肺炎、一部無気肺が認められました。 入院時は体温38.7℃、CRP12.0、翌日は更に体温が上がりましたが、 治療により徐々に下がり、退院時の体温は36.8℃、CRP0.2となりました。 また、画像診断の結果、肺炎も消失しております。		
現在の処方	パセトシンカプセル250mg 3C 分3 7日分 ※貴院からの処方薬は、ニチアスピリンのみ服用継続しております。		
患者に関する 留意事項			
添付資料	なし・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・ECG・ その他 ()		
備考			

解説（診療情報提供書）

診療情報提供書

※医師からの他診療所又は病院の医師への紹介を兼ね

紹介元の医療機関への情報提供。
誤字、脱字、判読困難な文字が無いか確かめる。

小川 病院・診療所 クリニック 科 上田 直樹 先生

医療機関名 池中総合暴飲
所在地 東京都中央区八丁堀 5-5-5
電話番号 03-0000-0000
医師氏名 谷口 透

下記の患者さまを紹介いたしますので、よろしくお願いたします。

フリガナ	ヤスカワ ゲン	職業	会社員
患者氏名	安川 源	電話	
住 所	東京都台東区浅草橋9-9-9	生年月日	明・大 昭・平 40年 4月 23日生 (47 歳) 男・女
紹介目的	軽快退院のご報告及び今後の継続加療	主 訴 および現病名	肺炎（発熱、悪寒、咽頭痛）
既往歴 および家族歴	家族性コレステロール血症 W P W症候群	治療経過 および 主要検査成績	平成25年2月19日に貴院からのご紹介にて当院に入院された患者様です。 胸部X-P・CTにおいて右下葉の肺炎、一部無気肺が認められました。 入院時は体温38.7℃、CRP12.0、翌日は更に体温が上がりましたが、 治療により徐々に下がり、退院時の体温は36.8℃、CRP0.2となりました。 また、画像診断の結果、肺炎も消失しております。
現在の処方	パセトシンカプセル250mg 3C 分3 7日分 ※貴院からの処方薬は、ニチアスピリンのみ服用継続しております。		
患者に関する 留意事項	現在の処方は、具体的な薬 剤名と服用方法、投与日数 を記載する。		
添付資料	なし・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・EKG その他 ()		
備 考			

紹介状

池中総合病院 谷口 先生 御侍史

拝啓 いつも御健勝のことと存じ上げます
患者 安川 源 殿を御紹介申し上げます
何卒御高診の上 宜しく御治療御指導の程
御願ひ申し上げます 敬具

附記

家族性コレステロール血症にて治療継続中
画像診断の結果肺炎と診断
入院での御加療、お願いいたします
以下余白

平成25年 2月19日

小川クリニック 上田 直樹 印

紹介状

相手の医師が知り合いの場合は簡単な挨拶文等が必要となる。

池中総合病院 谷口 先生 御侍史

拝啓 いつも御健勝のことと存じ上げます
患者 安川 源 殿を御紹介申し上げます
何卒御高診の上 宜しく御治療御指導の程
御願ひ申し上げます 敬具

附記

家族性コレステロール血症にて治療継続中
画像診断の結果肺炎と診断
入院での御加療、お願いいたします
以下余白

ポイントを押さえ目的、内容を明確にし、正確、かつ簡潔に短い文章で記載する。

平成25年 2月19日

紹介元の医療機関名及び医師名は正確に記載する。

小川クリニック 上田 直樹 印

【記載事項】

①患者情報（患者の氏名、生年月日、性別）

診療録に基づき、患者の氏名、生年月日、性別を記入します。

②日付

退院療養計画書を作成した年月日を記入します。作成のポイントとしてあげた退院の2日前までに書面の完成がなされていることが望ましいです。

③病棟（病室）

入院に際して、患者が入っている病棟（病室）を記入します。

④予想される退院日

診療録などに基づき、退院を予定している年月日を記入します。また、病院によっては、退院可能な年月日及び入院可能か期日を決め、患者に退院する時期を委ねることもあるため、その旨を記入することもあります。

⑤退院後の治療計画

入院に至った傷病名、転帰（来院・転院・死亡等）を記入し、それに対する主要所見と退院時処方、及び退院後の治療方針、教育計画を記入します。また、退院後に外来通院による治療を実施する場合、次の来院年月日や時間を記入することもあります。

⑥退院後の療養上の留意点

退院後の日常生活における過ごし方（生活動作、食事など）の注意点などを記入します。

⑦退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス

退院後に治療・看護など直接的に身体に対して施す医療行為（保健医療サービス）や移送や家事援助若しくは医療行為を必要としない施設サービスなど生活支援のためのサービス（福祉サービス）を必要とする場合に、記入します。

⑧その他

上記以外で特記するべきことがある場合に、記入します。医師以外の医療従事者（看護師、薬剤師など）の意見、罹患した傷病に係る補足情報などが記載されることがあります。

⑨診療を担当した医師の氏名

記載事項①～⑧に関して、医師に内容を確認してもらった後、直筆による医師氏名の記入及び押印をもらいます。

診療録（退院療養計画書）

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	明大昭(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	所在地						
					名称						
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	年 月 日		
				上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	年 月 日		
				上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	年 月 日		
				上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	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） 浣腸（グリセリン浣腸「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 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 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						
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 至				月	日間	月	日	自 至	月	日間	
自 至				月	日間	月	日	自 至	月	日間	
自 至				月	日間	月	日	自 至	月	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	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 ベンタジン注射液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 分3×7TD (退院時処方)</p>
	<div data-bbox="927 1294 1256 1464" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>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：03-0000- 0000 医師：笠井 顕良（外科）</p> </div>

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（解答）

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 印

退院療養計画書（解説）

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** 印

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。

Case08_検査・手術同意書（赤木 萌子）

医療とインフォームドコンセント

インフォームド・コンセントとは、「説明と同意」、「十分に知らされた上での同意」等と訳されることが多い。従前は、医師は患者に簡単な説明をして同意を得ており、それで足りるとされていましたが、現在では、患者がその医療行為を理解できることを目標に十分に説明し、その上で同意を得ることが要求されています。すなわち、医師は、患者から本当に意味のある同意・承諾を得るために、病状や検査・治療法等について素人でも理解できるように十分に説明することを求められ、一方、患者は、その説明を受けた上で、自分が納得できる治療法を選択し、同意することができる、これがインフォームド・コンセントといわれるものです。そして、このような十分な説明を行わずに得た同意は無効とされます。したがって、この場合に治療等により悪い結果が生じた場合には、患者側から民事訴訟などによって責任を追及されることがあります。

説明および同意の具体的手順

- ① 診断・検査の内容、治療目的・方法・種類を十分に説明し、納得と同意を得ます。
- ② 治療の成功の可能性とそれによって患者が受ける利益と不利益について十分に説明し、納得と同意を得ます。
- ③ 上記の①、②について受け入れられない場合には、他の対応する治療の代案について十分に説明し、納得と同意を得ます。
- ④ 上記の①、②が行われなかった場合に起こるリスク等についても、十分に説明し、納得と同意を得ます。
- ⑤ 患者又は保護者に対し、前記①～④の説明をした時には、必ずその日時・説明内容・対象者（相手方氏名）を診療録に記載します。

※ 同意が得られた場合は「同意書」により確認を得ておき、同意が得られなかった場合は、その事実と理由を診療録に記載します。

【記載事項】

①患者情報

診療録に基づき、患者の氏名を記入します。

②検査および手術に係る説明を行った年月日

患者に施される検査および手術にかんする説明を行った年月日および時間を記入します。

③説明を行った医師の氏名および立会者の氏名

検査および手術に係る説明を担当した医師の氏名を記入します。なお、当該文書に誤り等がないことを医師に確認してもらった後、医師の印鑑をもらいます。また、立会者もいる場合は、立会者の氏名も記入し、印鑑をもらいます。

診療録（検査・手術同意書）

過有
敏
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				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	被保険者氏名										
	住所	東京都立川市曙町9-9-9			資格取得	昭・平 年 月 日									
	職業		被保険者との続柄	本人	事業所	所在地									
				所在地											
				名称											
				所在地											
				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										
25.1.18 午前中から腹痛が起こり、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)					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) イオバミロン注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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>パンソボリン静注用 1.0</td> </tr> <tr> <td>ソルデム3A輸液 500mL 2袋</td> </tr> <tr> <td>ラクテック注 500mL 2袋</td> </tr> </table> 混注 プスコバン注 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)								パンソボリン静注用 1.0	ソルデム3A輸液 500mL 2袋	ラクテック注 500mL 2袋
パンソボリン静注用 1.0															
ソルデム3A輸液 500mL 2袋															
ラクテック注 500mL 2袋															
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。 禁食															
医療機関: 大手町病院 住所: 東京都千代田区大手町100 0 電話番号: 03-0000-0000															
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>25.1.19 腹痛続く。 嘔吐1回 KT38.2℃ BP95/65</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。 KT38.1℃ BP100/78</p> <p>25.1.21 KT38.1℃ BP110/80 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>25.1.22 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>25.1.19 持続ドレーン(その他) IM do(4回) 禁食 混注 do(2回) 点滴 [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 持続ドレーン(その他) IM do(4回) 禁食 点滴 do 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 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) イオバミロン注300シリンジ 61.24% 100mL1筒</p> <p>25.1.22 前投薬 [硫アト 1A アタラックスP注射液 1A 浣腸 グリセリン浣腸「オヲタ」120mL 1個 下腿弾性ストッキング 硬膜外麻酔(腰部)(9:50～11:10) マーカイン注0.5% 20mL 腹腔鏡下腸管剥離術(10:00～11:10) 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> <p style="text-align: center;">以下省略</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。

【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（解答）

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 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

検査・手術同意書（解説）

検査・手術同意書	
※検査や手術に際して、医師が説明を行い、十分に署名・捺印していただくためのものです。	
傷病名、傷病発生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： <u>赤木 萌子</u> 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	<u>増田 亮介</u> 印
立会者	<u>相沢 忠則（麻酔科）</u> 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	<u>赤木 萌子</u> 印
住所	<u>東京都立川市曙町9-9-9</u>
代諾者	_____ 印 （続柄： _____）
住所	_____
*副本を受領しました。 受領者 <u>赤子 萌子</u> 印	

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育成シナリオ集

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。