

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)	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 穿頭に よる	25 cm 以上							
	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。 □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()				非親血	関節上 末梢	なし	なし	既存の 穿頭穴 を使用	25 cm 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 穿頭に よる	25 cm 以上							
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。 □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()				非親血	関節上 末梢	なし	なし	既存の 穿頭穴 を使用	25 cm 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 グレイ Mci							
	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		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。					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	
以下の通り証明します									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				Ⓢ													