

1 氏 名			☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日 生	
2 住 所						
3 傷病名				傷病発生年月日（医師推定）		
ア 入院等の原因となった傷病名				年 月 日（頃）		
イ アの原因				年 月 日（頃）		
ウ 合併症				年 月 日（頃）		
4 診察期間	初診	年 月 日 ～ 年 月 日		終診 ・ 現在加療中		
5 入院期間						
第1回	年 月 日 ～ 年 月 日		3回目以降の入院がある場合は、入院期間を全てご記入ください。			
第2回	年 月 日 ～ 年 月 日					
6 前 医 または 紹介医	☐ 有 ☐ 無	医療機関名	医師氏名		初診年月日	年 月 日（頃）
		紹介医の悪性新生物としての 診断確定の有無	有 ・ 無 ・ 不明	有の場合	病 名	
					病理組織診断名	
7 既往症	☐ 有 ☐ 無	(有の場合、病名、医療機関名、治療期間等お分かりになれば記入してください)				
		悪性新生物の既往症	傷病名 治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日 医療機関名 医師名他			
		その他の既往症	傷病名 治療期間 年 月 日 ～ 年 月 日 医療機関名 医師名他			
8 悪性新生物	病理診断名				診断確定日	年 月 日
	TNM分類		T N M			
	種 類		☐ 皮膚がん ☐ 上皮内がんまたは非浸潤がん（大腸の粘膜内がんも含む） ☐ その他			
	大腸の場合		組織学的壁深達度			
9 インフルエンザ脳症	検査項目 内容				診断日	年 月 日
10 抗インフルエンザウイルス薬	健保適用	☐ 有 ☐ 無	薬剤名			
	投与日・投薬期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
11 備 考						
上記のとおり証明（診断）します。						
年 月 日						
所在地 〒						
病院又は診療所名 名称						
医師氏名 印						
電話番号						

原本の複写又はコピーの場合、それぞれに捺印してください。