

診 断 書 (ケガの場合)

※これは病院用です。接骨院・整骨院、鍼灸院の通院は、別紙「施術証明書」をご使用ください。鍼灸院の通院は医師の指示書が必要です。

(お願い) 訂正の場合、必ず証明者による訂正印をお願いします。

傷病者	住所	カルテ番号			
	氏名	年 月 日生			
傷病名および態様		※筋・腱・靭帯の場合 <input type="checkbox"/> 完全断裂 <input type="checkbox"/> 部分断裂			
受傷部位 <input type="checkbox"/> 1 頭部、 <input type="checkbox"/> 2 顔面・眼・歯牙、 <input type="checkbox"/> 3 頸部、 <input type="checkbox"/> 4 胸部・腹部・背部・腰部・臀部、 <input type="checkbox"/> 5 上肢、 <input type="checkbox"/> 6 下肢					
初診日	年 月 日	発病日または受傷日	年 月 日		
発病または受傷の原因 (傷病者の申告内容を詳細にご記入ください) ↓					
・ 初診から現在までの主要症状並びに治療内容					
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 外傷 と診断します。	治療状況	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医		
当該傷病の治療歴 (有の場合 病院名:) (治療時期 年 月 日 ~ 年 月 日)		既往症 (有の場合 傷病名:)			
通院治療期間 (うち治療実日数 日) 年 月 日 ~ 年 月 日		入院治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日	実入院日数 日		
固定具の使用(常時装着の場合)をご記入ください。 使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 使用固定具名 ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネ (いずれかに○)					
実通院治療日 (○をつけてください)					
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
今回の傷病に関して実施したKコード・歯科Jコード手術に関する情報(枝番・項番)をご記入ください。 ※検査・処置は含みません。 ※手術点数に加算がある場合は含めてご記入ください。					
Kコード・ 歯科Jコード	手術名				<input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 加算() 点 <input type="checkbox"/> 加算() 点 <input type="checkbox"/> 加算() 100分の() <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input type="checkbox"/> 通則14(算定なし)
	<input type="checkbox"/> K・ <input type="checkbox"/> J	— 「 」 ()			
	手術日	年 月 日	点数		点
	手術名				<input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 加算() 点 <input type="checkbox"/> 加算() 点 <input type="checkbox"/> 加算() 100分の() <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input type="checkbox"/> 通則14(算定なし)
	<input type="checkbox"/> K・ <input type="checkbox"/> J	— 「 」 ()			
	手術日	年 月 日	点数		点
	手術名				<input type="checkbox"/> 加算なし <input type="checkbox"/> 加算() 点 <input type="checkbox"/> 加算() 点 <input type="checkbox"/> 加算() 100分の() <input type="checkbox"/> 通則14(100分の50) <input type="checkbox"/> 通則14(算定なし)
	<input type="checkbox"/> K・ <input type="checkbox"/> J	— 「 」 ()			
	手術日	年 月 日	点数		点

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地
 病院名
 診療科目
 医師名

電話番号 () -



医療機関ご担当者様

全教共済様式 診断書（ケガの場合） 手術欄・診療報酬点数記載に際するお願い

日頃より、全教共済へのご理解ご協力ありがとうございます。

全教共済医療共済手術見舞金制度は、厚生労働省告示にもとづく手術コード（Kコード、Mコード、歯科Jコード）で定められた診療報酬点数に対応して算定し給付する規定となっています。

ご記入いただく際には、以下の点についてご留意ください。

※手術に対して実際に算定した**手術手技料**の診療報酬点数の記載をお願いします。

下記の例以外でも告示や通知にもとづく実際に算定した診療報酬点数の記載をお願いします。

（例1）同日複数手術の場合

・通則14（算定なし）に該当する場合

【記載例】腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術） K740-2-1：75,460点

腹腔鏡下人工肛門造設術 K726-2：0点

…K726-2：0点と記載し、加算の「**通則14（算定なし）**」に☑

・通則14の告示「複数手術に係る費用の特例（従たる手術100分の50算定）」を適用している場合

【記載例】子宮全摘出術 K877：28,210点

子宮附属器腫瘍摘出術 K888：8,540点

…K888：8,540点と記載し、加算の「**通則14（100分の50）**」に☑

（例2）加算がある場合

・通則12にもとづき休日加算2を算定している場合

【記載例】創傷処理（筋肉、臓器に達するもの（長径5cm未満）） K000-1：2,250点

…通則12にもとづき1,250点に80/100を加えた点数を記載し、

加算欄に「休日加算2」100分の（80）と記載

・手術医療機器等加算を算定している場合

【記載例】腹腔鏡下総胆管拡張症術 K674-2：42,880点

…34,880点に加算点数を加えて記載し、**加算欄に「K931、K936×2」と記載**

・「注」の加算がある場合

【記載例】経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他のもの）、注1：三次元カラーマッピング加算1

K595-2：51,370点

…34,370点に**加算点数を加えて記載し、加算欄に「三次元カラーマッピング1」と記載**

（例3）「一連として」「一連につき」で、今回証明をいただく手術が既に算定済みで今回手術では算定していない場合

【記載例】食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として） K533：0点（今回証明をいただく手術が既に「一連」として算定済みの場合）

…K533：**0点と記載し、「一連として算定済み」と記載**

【記載例】電磁波温熱療法（一連につき） M003-1：9,000点×1回

1) **一連につき今回証明をいただく手術（放射線治療）で算定した点数（複数回の場合は回数も）を記載。**

2) 今回証明をいただく手術（放射線治療）が既に「一連」として算定済みの場合は、**0点と記載し、「一連として算定済み」と記載**

全日本教職員組合共済会（全教共済）Tel:03-5211-0140

ご不明の点があれば給付担当までご連絡ください