

主治医师诊断证明书（入院証明書兼診断書）										
患者姓名（患者氏名）				<input type="checkbox"/> 男（男） <input type="checkbox"/> 女（女）		患者出生日期（生年月日） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>				
住院伤病名称（入院の原因となった傷病名）						伤病初发日期（傷病発生年月日） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>				
治疗期间 （治療期間）	初诊日期（初診） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>		终诊日期（終診） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div> <div>～ 目前仍在治疗中（現在治療中） <div>（月）（日）（年）</div><div>/ /</div></div>							
	入院日期（入院） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>		出院日期（退院） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>		目前仍在治疗中（現在治療中） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>					
	第1次住院 （第一回目入院）		（月）（日）（年）		（月）（日）（年）		（月）（日）（年）		（月）（日）（年）	
	第2次住院 （第二回目入院）		（月）（日）（年）		（月）（日）（年）		（月）（日）（年）		（月）（日）（年）	
您是否针对上述伤病实施了手术？ （今回の傷病に関して手術を施行しましたか） 如有，请填写以下项目。 （実施のときは下記の欄を記入してください） <div><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</div>										
手术类型或术式（手術名）						手术日期（手術日） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>				
<div><div>重要提示</div><div><input type="checkbox"/> 是→ 请注明对应的手术编号 （手術番号を記入してください）➡ <input type="text"/></div><div><input type="checkbox"/> 否→ 请在背面底栏描述手术详情 （裏面の最終欄に具体的な手術内容を記入してください）</div></div>										
手术类型或术式（手術名）						手术日期（手術日） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>				
<div><div>重要提示</div><div><input type="checkbox"/> 是→ 请注明对应的手术编号 （手術番号を記入してください）➡ <input type="text"/></div><div><input type="checkbox"/> 否→ 请在背面底栏描述手术详情 （裏面の最終欄に具体的な手術内容を記入してください）</div></div>										
放射治疗（如有） （根治放射線照射）	部位 （部位）		期间 （期間）	自 <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div> 至 <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>	剂量 总和 （総線量）	Gy				
既往病史（如有） （既往症）	请提供疾病名称、治疗期间及其他相关信息。（病名・治療期間等）									

恶性肿瘤或上皮内瘤变病例 （悪性新生物または上皮内新生物の場合）			
诊断方法 （診断方法）	请勾选一项 <div>病理组织学检查 （病理組織学的検査）</div> <div>其他诊断方法 （その他）（_____）</div>		
	TNM 分期（分類） <div>T(_____)M(_____)N(_____)</div>		
病理组织学 检查结果 （病理組織 診断結果）	请勾选一项 <div><input type="checkbox"/> 已实施（有） <input type="checkbox"/> 未实施（無）</div>	<div>重要提示</div> <div>如已实施病理组织学检查，请填写病理组织学诊断 （病理組織診断有の場合、診断名をご記入ください） （_____）</div>	
	请勾选一项 <div><div>皮肤癌 （皮膚癌）</div><div>原位癌 （上皮内癌）</div><div>非浸润性癌 （非浸潤癌）</div><div>其他 （その他）</div></div>		
	如为子宫颈非典型增生，请勾选一项 （子宮頸部異形成の場合、いずれかに○をつけてください。） <div>CIN <div><input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III</div></div>		
确诊日期 （診断確定日） <div>（月）（日）（年）</div> <div>/ /</div>		请勾选一项 <div>原发病灶 （原発巣）</div> <div>复发病灶 （再発巣）</div> <div>转移病灶 （転移巣）</div>	
请就告知诊断结果勾选一项（病名告知） <div><div>患者本人 （本人）</div><div>配偶 （配偶者）</div><div>其他（ （その他）</div><div>无 （告知なし）</div></div>			
据我所知所信，上述陈述真实完整。（上記のとおり証明します） <div>医院名称 （病院名）<div>（月）（日）（年）</div>日期 / /</div> <div>医院地址 （病院住所）<div>主治医师签名（主治医の署名）</div></div>			

手术类型

以下手术列表构成给付金支付的依据。请圈出相关项目的编号，并在主治医师诊断证明书的相应空白处填写手术的编号和名称。如果手术不属于以下列表中的任何项目（或者如果手术适用例外情况），请在列表末尾写明手术的具体性质。

定义：

“手术”是指以医疗为直接目的，对活体实施的切开、摘除或其他器械性操作。不包括吸引、穿刺等，也不包括神经阻滞。

“开颅术”是指切开或摘除部分颅骨以暴露脑部。

“开胸术”是指切开胸壁打开胸腔，以便对脓胸病灶、胸膜、肺、心脏、膈肌、纵隔腔、食道等进行胸腔内操作。

“开腹术”是指切开腹壁打开腹腔，以便对胃、十二指肠、小肠、结肠、阑尾、肝胆道、胰腺、脾脏、卵巢、子宫等进行腹腔内操作。

编号	手术类型
----	------

- 皮肤和乳腺手术：
- 植皮术（不包括小于 25cm² 的皮片）
 - 乳房切除术。

- 肌肉和骨骼手术（不包括髓内钉取出术）：
- 骨移植术。
 - 骨髓炎和骨结核手术（不包括单纯脓肿切开术）
 - 颅骨开放性手术（不包括鼻骨和鼻中隔手术）。
 - 鼻骨开放性手术（不包括鼻中隔偏曲矫正手术）。
 - 上颌骨、下颌骨和颌关节开放性手术（不包括辅助牙齿或牙龈治疗的手术）。
 - 脊柱和骨盆开放性手术。
 - 锁骨、肩胛骨、肋骨和胸骨开放性手术。
 - 截肢术（不包括手指和脚趾）。
 - 断肢再植术（涉及骨骼或关节的离断）。
 - 肢体骨骼和关节开放性手术（不包括手指和脚趾）。
 - 肌肉、肌腱和韧带开放性手术（不包括手指和脚趾，也不包括肌炎、腱鞘囊肿和粘液瘤手术）。

- 胸部和呼吸系统手术：
- 慢性鼻窦炎根治术。
 - 全喉切除术
 - 气管、支气管、肺和胸膜手术（涉及开胸术）。
 - 胸廓成形术。
 - 纵隔肿瘤切除术。

- 循环系统和脾脏手术：
- 开放式血管成形术（不包括透析分流的建立）。
 - 静脉曲张根治术。
 - 主动脉、腔静脉、肺动脉和冠状动脉手术（涉及开胸术或开腹术）。
 - 心包切开术和心包缝合术。
 - 心内直视手术。
 - 体内起搏器植入术。
 - 脾切除术。

- 消化系统手术：
- 腮腺肿瘤切除术。
 - 下颌下肿瘤切除术。
 - 食管横断术。
 - 胃切除术。
 - 其他胃和食管手术（涉及开胸术或开腹术）。
 - 腹膜炎手术。
 - 肝脏、胆囊、胆管和胰腺开放性手术。
 - 疝气根治术。
 - 阑尾切除术和盲肠折叠术。
 - 直肠脱垂根治术。
 - 其他肠道和肠系膜手术（涉及开腹术）。
 - 肛瘘、肛门脱垂和痔疮根治术（仅指以最终治愈为目的的手术，不包括临时治疗和单纯痔疮手术）。

- 泌尿和生殖系统手术：
- 肾移植术（仅限器官接受者）。
 - 肾脏、肾盂、输尿管和膀胱开放性手术（不包括经尿道手术）。
 - 尿道狭窄开放性手术（不包括经尿道手术）。
 - 尿瘘开放性手术（不包括经尿道手术）。
 - 阴茎截除术。
 - 睾丸、附睾、输精管、精索、精囊和前列腺手术。
 - 睾丸鞘膜积液根治术。
 - 次广泛子宫全切除术（不包括单纯子宫切除术）。
 - 子宫颈成形术和子宫颈缝合术。

- 剖宫产术。
- 异位妊娠手术。
- 子宫或阴道脱垂手术。
- 其他子宫手术（不包括宫颈息肉切除术和选择性流产）。
- 输卵管和卵巢开放性手术（不包括经阴道手术）。
- 其他输卵管和卵巢手术。

- 内分泌系统手术：
- 垂体肿瘤切除术。
 - 甲状腺手术。
 - 肾上腺切除术。

- 神经系统手术：
- 开放性颅内手术
 - 开放性神经手术（包括成形术、移植术、切除术、减压术、去顶术和撕脱术）。ⁱ
 - 脊髓肿瘤切除术。
 - 开放性硬膜内和硬膜外手术。

- 感觉系统——视觉器官手术：
- 上睑下垂矫正术。
 - 泪道成形术。
 - 泪囊鼻腔吻合术。
 - 结膜囊成形术。
 - 角膜成形术。
 - 前房、虹膜、玻璃体和眼眶异物取出术。
 - 虹膜两侧粘连松解术。
 - 青光眼手术。
 - 白内障和晶状体手术。
 - 玻璃体手术。
 - 视网膜脱离手术。
 - 眼球激光或冷冻手术。
 - 眼球摘除术和组织填充术。
 - 眼眶肿瘤切除术。
 - 眼肌移植术。

- 感觉系统——听觉器官手术：
- 开放性鼓膜成形术和鼓室成形术。
 - 乳突切除术。
 - 中耳根治术。
 - 内耳开放性手术。
 - 听神经瘤切除术。

- 恶性肿瘤手术：
- 恶性肿瘤根治术。
 - 恶性肿瘤温热疗法。
 - 其他恶性肿瘤手术。

- 其他手术：
- 除上述所列外的开颅术。
 - 除上述所列外的开胸术。
 - 除上述所列外的开腹术。
 - 冲击波碎石术。
 - 使用纤维内窥镜或网篮式血管导管对脑、喉、胸腔器官和腹腔器官进行的手术（不包括诊断性操作和临时治疗）。

- 骨髓采集：
- 骨髓采集

- 恶性肿瘤手术：
- 肿瘤根治性放射治疗。

感觉系统——听觉器官手术：

如果手术不在上述列表中，请填写手术的具体名称或性质。 如果手术因括号中的规定或此处采用的“手术”定义而被排除，也请在此填写。

恶性肿瘤或上皮内瘤变病例

如果已对恶性肿瘤做出确诊，请填写其详情。

如果已做出病理组织学诊断，请填写其详情。

确诊日期是指基于活检、手术标本等任一依据首次做出病理组织学诊断的日期。请填写该日期。

如果未进行病理组织学诊断，请填写确诊方法及其日期。

此种情况下，确诊日期是指基于病理组织学以外的方法做出诊断的日期。