

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） （月） / （日） / （年）					
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） （月） / （日） / （年）						
治疗期间 (治療期間)	初诊日期（初診） / /			终诊日期（終診） / /				
							~ 目前仍在治疗中（現在治療中） （月） / （日） / （年）	
	入院日期（入院） （月） / （日） / （年）			出院日期（退院） （月） / （日） / （年）			目前仍在治疗中（現在治療中） （月） / （日） / （年）	
	第1次住院 (第一回目入院) （月） / （日） / （年）							
	第2次住院 (第二回目入院) （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)								
□ 是				□ 否				
手术类型或术式（手術名）				手术日期（手術日） / / (月) (日) (年)				
重要提示 <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"/>								
是否符合附页所列的手术类型（No. 1 ~ No. 89）? (上記手術は別紙の手術名リスト（No.1-No.89）に該当しますか) <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)								
手术类型或术式（手術名）				手术日期（手術日） / / (月) (日) (年)				
重要提示 <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"/>								
是否符合附页所列的手术类型（No. 1 ~ No. 89）? (上記手術は別紙の手術名リスト（No.1-No.89）に該当しますか) <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)								
放射治疗（如有） (根治放射線照射)	部位 (部位)	期间 (期間)	自 至	/ / (月) (日) (年) / / (月) (日) (年)	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						
	病理组织学检查 (病理組織学的検査)			其他诊断方法 (その他)			()
TNM 分期（分類）							
T() M() N()							
病理组织学 检查结果 (病理組織 診断結果)	请勾选一项						
	重要提示 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)						
	<input type="checkbox"/> 已实施 (有)	<input type="checkbox"/> 未实施 (無)					
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。)							
CIN I II III							
确诊日期 (診断確定日)				请勾选一项			
/ / (月) (日) (年)				原发病灶 (原発巣) 复发病灶 (再発巣) 转移病灶 (転移巣)			
请就告知诊断结果勾选一项 (病名告知)							
患者本人 (本人)		配偶 (配偶者)		其他 (その他)		无 (告知なし)	
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)							
医院名称 (病院名)				日期 / / (月) (日) (年)			
医院地址 (病院住所)				主治医师签名 (主治医の署名)			

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：

1. 植皮术（不包括小于 25cm² 的皮片）
2. 乳房切除术。

肌肉和骨骼手术（不包括髓内钉取出术）：

3. 骨移植术。
4. 骨髓炎和骨结核手术（不包括单纯脓肿切开术）。
5. 颅骨开放性手术（不包括鼻骨和鼻中隔手术）。
6. 鼻骨开放性手术（不包括鼻中隔偏曲矫正手术）。
7. 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）。
8. 脊柱和骨盆开放性手术。
9. 锁骨、肩胛骨、肋骨和胸骨开放性手术。
10. 截肢术（不包括手指和脚趾）。
11. 断肢再植术（涉及骨骼或关节的离断）。
12. 肢体骨骼和关节开放性手术（不包括手指和脚趾）。
13. 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：

14. 慢性鼻窦炎根治术。
15. 全喉切除术。
16. 气管、支气管、肺和胸膜手术（涉及开胸术）。
17. 胸廓成形术。
18. 纵隔肿瘤切除术。

循环系统和脾脏手术：

19. 开放式血管成形术（不包括透析分流的建立）。
20. 静脉曲张根治术。
21. 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）。
22. 心包切开术和心包缝合术。
23. 心内直视手术。
24. 体内起搏器植入术。
25. 脾切除术。

消化系统手术：

26. 腮腺肿瘤切除术。
27. 下颌下肿瘤切除术。
28. 食管横断术。
29. 胃切除术。
30. 其他胃和食管手术（涉及开胸术或开腹术）。
31. 腹膜炎手术。
32. 肝脏、胆囊、胆管和胰腺开放性手术。
33. 痢气根治术。
34. 阑尾切除术和盲肠折叠术。
35. 直肠脱垂根治术。
36. 其他肠道和肠系膜手术（涉及开腹术）。
37. 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：

38. 肾移植术（仅限器官接受者）。
39. 肾脏、肾盂、输尿管和膀胱开放性手术（不包括经尿道手术）。
40. 尿道狭窄开放性手术（不包括经尿道手术）。
41. 尿痿开放性手术（不包括经尿道手术）。
42. 阴茎截除术。
43. 睾丸、附睾、输精管、精索、精囊和前列腺手术。
44. 睾丸鞘膜积液根治术。
45. 次广泛子宫全切除术（不包括单纯子宫切除术）。
46. 子宫颈成形术和子宫颈缝合术。

47. 剖宫产术。

48. 异位妊娠手术。

49. 子宫或阴道脱垂手术。

50. 其他子宫手术（不包括宫颈息肉切除术和选择性流产）。

51. 输卵管和卵巢开放性手术（不包括经阴道手术）。

52. 其他输卵管和卵巢手术。

内分泌系统手术：

53. 垂体肿瘤切除术。

54. 甲状腺手术。

55. 肾上腺切除术。

神经系统手术：

56. 开放性颅内手术。

57. 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）。

58. 脊髓肿瘤切除术。

59. 开放性硬膜内和硬膜外手术。

感觉系统——视觉器官手术：

60. 上睑下垂矫正术。

61. 泪道成形术。

62. 泪囊鼻腔吻合术。

63. 结膜囊成形术。

64. 角膜成形术。

65. 前房、虹膜、玻璃体和眼眶异物取出术。

66. 虹膜两侧粘连松解术。

67. 青光眼手术。

68. 白内障和晶状体手术。

69. 玻璃体手术。

70. 视网膜脱离手术。

71. 眼球激光或冷冻手术。

72. 眼球摘除术和组织填充术。

73. 眼眶肿瘤切除术。

74. 眼肌移植术。

感觉系统——听觉器官手术：

75. 开放性鼓膜成形术和鼓室成形术。

76. 乳突切除术。

77. 中耳根治术。

78. 内耳开放性手术。

79. 听神经瘤切除术。

恶性肿瘤手术：

80. 恶性肿瘤根治术。

81. 恶性肿瘤温热疗法。

82. 其他恶性肿瘤手术。

其他手术：

83. 除上述所列外的开颅术。

84. 除上述所列外的开胸术。

85. 除上述所列外的开腹术。

86. 冲击波碎石术。

87. 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：

88. 骨髓采集

恶性肿瘤手术：

89. 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。