

指定診断書入力支援ツールのご案内

医療機関の皆さまにおかれましては、指定診断書のご記入にあたり、多大な負担をおかけしていることを深くお詫び申し上げますとともに、皆さまからのご協力につきまして御礼申し上げます。

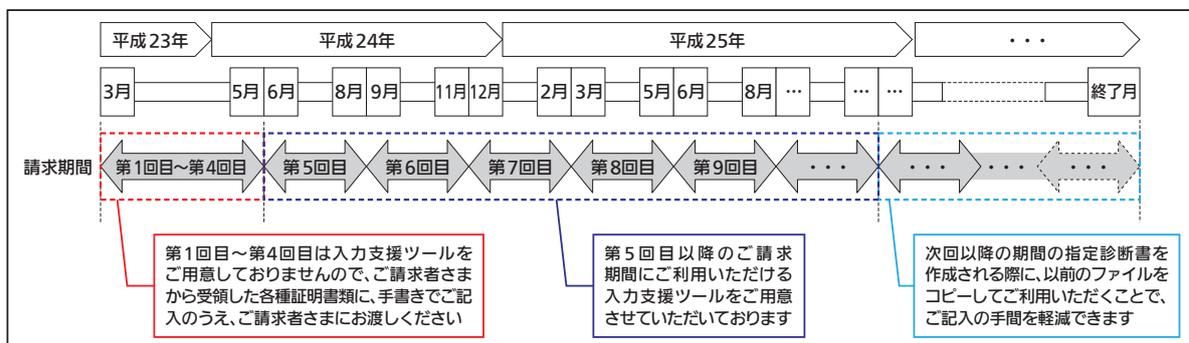
弊社では、指定診断書につきまして、ご記入のご負担を減らすために「入力支援ツール」をご用意させていただいております。「入力支援ツール」は、以下の特徴がございます。

- 一度ファイルを作成すると、次回以降、別の期間の指定診断書を作成される際に、以前のファイルをコピーしてご利用いただくことで、記載の手間を軽減できます。
- 平成24年6月以降の期間についてご利用いただけます。

令和1年5月より「入力支援ツール」を更新させていただいております。平成31年4月以前より「入力支援ツール」をご利用されていた方につきましては、大変お手数ですが令和1年5月以降の指定診断書ご作成分より、再度「入力支援ツール」をダウンロードしていただき、ご活用くださいますようお願い申し上げます。

ご利用にあたって

- ①入力支援ツール利用可能期間:第5回目以降の期間でご利用いただけます。



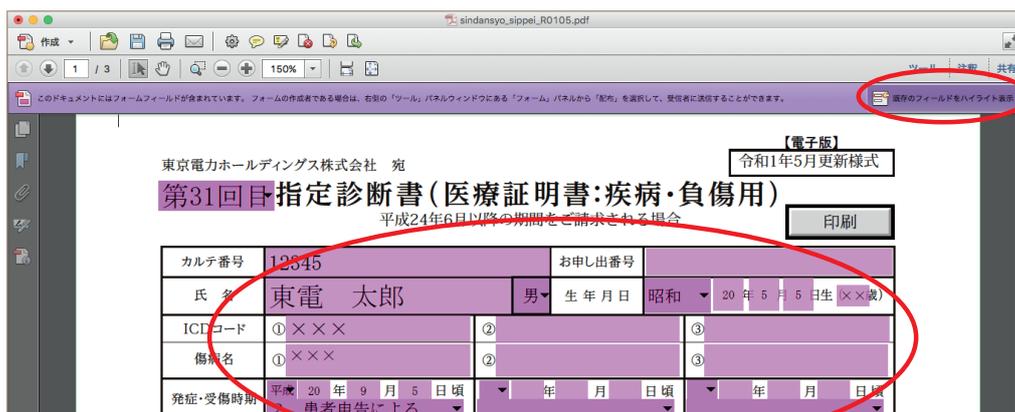
- ②入力支援ツール利用推奨環境:Adobe Reader Version 8 以降をご利用ください。

※ Adobe社製品以外のソフトウェアや、Version7以前では、正しく印刷や保存ができない場合があります。Adobe Readerが必要な場合は、Adobe社のサイトよりダウンロードしてご利用ください。

<http://get.adobe.com/jp/reader>

東京電力ホールディングス株式会社

入力について



画面右上の「既存のフィールドをハイライト表示」がONの場合、ご入力いただける箇所がむらさき色で表示されます。入力箇所はそれぞれ、プルダウンの選択、チェックボックスの選択、通院日の選択およびテキストボックスの入力が可能です。テキストボックスには自由に文字を入力することができます。

A プルダウンの選択

プルダウンの場合は、▼のボタンを押すことで、選択項目が表示されますので、該当する項目を選択してください。

生年月日	年	月	日生 (歳)
	明治		
	大正		
	昭和		
	平成		
	令和		

B チェックボックスの選択

チェックボックスの場合、選択項目のいずれかひとつを選択することが可能です。
※「治療に関連する事項について」の1.については、複数の項目を同時に選択することが可能です。

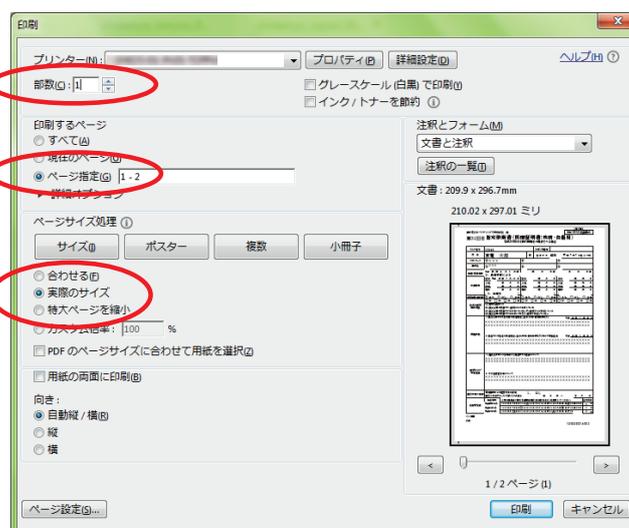
1.震災以前の障害等級	身体障害者等級	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→ 「あり」を選択	1.震災以前の障害等級	身体障害者等級	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	介護認定等級	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				介護認定等級	<input type="checkbox"/> なし

C 通院日の選択

「通院状況表」欄の日付は選択することで○が表示されます。

通院状況表	診療年月	上項の傷病名に関	→ 5を選択	通院状況表	診療年月	上項の傷病名に関
	平成30年12月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			平成30年12月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	平成31年1月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			平成31年1月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	平成31年2月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			平成31年2月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

印刷について



※ Adobe Reader DCの場合

入力後は必ず印刷、ご捺印のうえ、ご請求者さまへお渡しくださいますよう、お願いいたします。

PDF側の設定

以下の設定にてA4サイズで印刷をお願いいたします。

- 部数：1
- 印刷するページ：ページ指定1-2
- サイズオプション：実際のサイズ

印刷機側の設定

- カラー印刷(推奨)
- 両面印刷

記入例 指定診断書(医療証明書:疾病・負傷用)裏面

(表面から続く)

○治療に関連する事項について

該当する項目にはチェック☑を入れてください。(該当項目が重複する場合には複数チェック☑を入れてください)

1. 現在治療されている傷病または関連する傷病について、患者さまの過去の治療歴・既往症などについてご教示をお願いいたします。

同じ傷病の治療歴・既往症がある

関連する傷病の治療歴・既往症がある

(傷病名:) 病院名: ()

同じ傷病や関連する傷病の治療歴・既往症がない

2. 指定診断書(表面)の「現在の症状回復状況」欄で(3)を選択された場合、身体障害者等級または介護認定等級について、ご存知であればご記入をお願いいたします。

1. 震災以前の障害等級

身体障害者等級 なし あり 級 等級認定時期 年 月頃

介護認定等級 なし あり 級 等級認定時期 年 月頃

2. 現在の障害等級

身体障害者等級 なし あり 級(相当) 等級認定時期 年 月頃

介護認定等級 なし あり 級(相当) 等級認定時期 年 月頃

*症状がほぼ安定されている部分に対して、身体障害者等級または介護認定等級の何級相当になるか判断できる場合もご記入ください。

指定診断書のとおり証明(診断)します。

平成 年 月 日

医療機関名 × 病院

診療科

所在地 〒000-0000
〇〇県〇〇市△△町XXX-XX

電話番号 XXX-XXX-XXXX

医師名 ×× ××



東電 太郎

昭和20年5月5日

(表面から続く)

○治療に関連する事項について

該当する項目にはチェック☑を入れてください。(該当項目が重複する場合には複数チェック☑を入れてください)

1. 現在治療されている傷病または関連する傷病について、患者さまの過去の治療歴・既往症などについてご教示をお願いいたします。

- 同じ傷病の治療歴・既往症がある
- 関連する傷病の治療歴・既往症がある

(傷病名:) 病院名: ()

- 同じ傷病や関連する傷病の治療歴・既往症がない

2. 指定診断書(表面)の「現在の症状回復状況」欄で(3)を選択された場合、身体障害者等級または介護認定等級について、ご存知であればご記入をお願いいたします。

1. 震災以前の障害等級					
身体障害者等級	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="text"/> 級	等級認定時期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃
介護認定等級	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/> 級	等級認定時期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃
2. 現在の障害等級					
身体障害者等級	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="text"/> 級(相当)	等級認定時期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃
介護認定等級	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/> 級(相当)	等級認定時期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃
*症状がほぼ安定されている部分に対して、身体障害者等級または介護認定等級の何級相当になるか判断できる場合もご記入ください。					

指定診断書のとおり証明(診断)します。

平成 25 年 6 月 20 日

医療機関名	<input type="checkbox"/> × 病院 <input type="text"/>
診療科	心療内科 <input type="text"/>
所在地	〒000-0000 ○県○市△△町XXX-XX <input type="text"/>
電話番号	XXX-XXX-XXXX <input type="text"/>
医師名	×× ×× <input type="text"/>



東電 花子
昭和40年5月5日

※ ご不明な点等がございましたら、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

[お問い合わせ先]

東京電力ホールディングス株式会社
福島原子力補償相談室

電話： **0120-926-404** 受付時間／9:00～19:00(月～金(除く休祝日))
9:00～17:00(土・日・休祝日)