

障害年金等の請求を行うとき、その障害の原因又は誘因となった傷病で初めて受診した医療機関の初診日を明らかにすることが必要です。そのために使用する証明書です。(注) 診断書を書く病院が初診だったら不要です。

期限はなくいつまでも有効！大切に保管しましょう。

### 受診状況等証明書

①から⑩まで全項目記入が原則です。医師も時に記入漏れ等されることがありますので確認しましょう。

- ① 氏名 \_\_\_\_\_
- ② 傷病名 \_\_\_\_\_ 疑い、(疑)でも良いです。 知的障害は受診状況等証明書の提出は不要です。
- ③ 発病年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成・令和 年 月 日
- ④ 傷病の原因又は誘因 \_\_\_\_\_ 不明でも良いです。
- ⑤ 発病から初診までの経過  
前医からの紹介状はありますか。⇒ 有 無 (有の場合はコピーの添付をお願いします。)

1か2に丸が付けられただら、この病院が初診ではないと判断される可能性が極めて高く、この病院以前の初診証明を取得しなければなりません。前医の名称・科名、その通院期間等を可能な限り書いてもらいます。

※診療録に前医受診の記載がある場合

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1 | 初診時の診療録より記載したものです。            |
| 2 | 昭和・平成・令和 年 月 日の診療録より記載したものです。 |

右の該当する番号に○印をつけてください

- ⑥ 初診年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成・令和 年 月 日
- ⑦ 終診年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成・令和 年 月 日
- ⑧ 終診時の転帰 ( 治癒・転医・中止 ) 丸で囲み忘れはありませんか？
- ⑨ 初診から終診までの治療内容及び経過の概要

社会的治癒での請求では、通院しなくなった理由が医師の指示だった場合、必ずそのことを記載してもらいましょう。

- ⑩ 次の該当する番号 ( 1 ~ 4 ) に○印をつけてください。  
複数に○をつけた場合は、それぞれに基づく記載内容の範囲がわかるように余白に記載してください。  
上記の記載は 1 診療録より記載したものです。  
2 受診受付簿、入院記録より記載したものです。  
3 その他 ( \_\_\_\_\_ ) より記載したものです。  
4 昭和・平成・令和 年 月 日の本人の申し立てによるものです。

⑪ 令和 年 月 日

|       |             |        |              |
|-------|-------------|--------|--------------|
| 医療機関名 | 記載もれはないですか？ | 診療担当科名 | 記載漏れがないですか？  |
| 所在地   |             | 医師氏名   | 印字ではなく自筆がよい！ |