

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。

受診状況等証明書

① 氏名 \_\_\_\_\_

② 傷病名 \_\_\_\_\_

③ 発病年月日 昭和・平成 年 月 日

④ 傷病の原因又は誘因 \_\_\_\_\_

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。)

.....  
.....  
.....  
.....

⑥ 初診年月日 昭和・平成 年 月 日

⑦ 終診年月日 昭和・平成 年 月 日

⑧ 終診時の転帰 ( 治癒・転医・中止 )

⑨ 初診から終診までの治療内容及び経過の概要

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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 当時の診療録より記載したものです。
- 2 当時の受診受付簿、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 年 月 日の本人の申し立てによるものです。

⑪ 平成 年 月 日	
医療機関名	診療担当科名
所在地	医師氏名 印

## 記入する際のお願い

- 1 「② 傷病名」の欄は、障害の原因又は誘因となった傷病について記入してください。
- 2 「③ 発病年月日」の欄は、傷病が発病したと考えられる年月日を記入してください。特定できない場合は、「不明」または「不詳」と記入してください。
- 3 「④ 傷病の原因又は誘因」の欄は、傷病の原因又は誘因が特定できない場合、「不明」または「不詳」と記入してください。
- 4 「⑤ 発病から初診までの経過」の欄は、発病から初診までの経過と併せて、診療録から前医を受診していたことが確認できる場合は、前医の医療機関名、受診期間、診療内容等も記入してください。  
また、前医からの紹介状が保管されている場合は、そのコピーの添付をお願いします。
- 5 「⑥ 初診年月日」、「⑦ 終診年月日」の欄は、「②傷病名」に複数の傷病を記載した場合、それぞれの傷病に番号を付記していただき、傷病ごとの初診年月日と終診年月日がわかるように記入してください。
- 6 「⑩」の欄は、複数の番号に○印をつけた場合、どの部分がどの記載根拠によるものかわかるように余白に記入してください。  
なお、「4 昭和・平成 年 月 日の本人の申し立てによるものです。」のみに○印を付けた場合は、初診日の証明となりませんので注意してください。
- 7 「⑪」の欄は、医師氏名の印鑑の押印もれがないようにお願いします。
- 8 この証明書に記載した内容を訂正する場合は、訂正箇所に医師の訂正印を押印してください。