

医師事務作業補助者 (ドクターズオフィスワークアシスト[®]) 技能認定試験

出題形式サンプル

解答形式：マークシート方式

試験時間：学科＋実技で90分

実技出題数　：書類作成 大問4問（小問20問）

※出題のサンプルを掲載しております。

※出題箇所・出題枠の範囲は実施回により異なります。

※学科問題は出題数に変更がございます。

第47回 ドクターズオフィスワークアシスト

医師事務作業補助者検定試験

(学科・実技問題)

令和3年11月実施

(注意事項)

1. この問題用紙は試験監督者の指示があるまで開かないでください。
2. この問題の解答は、現在施行されている法令等によります。
3. 答えは別紙解答用紙に黒鉛筆で記入してください。
※解答を訂正する場合は、消しゴムを使用してください。
4. 解答用紙の所定欄に受験番号と氏名をはっきり記入してください。
5. この試験問題用紙は、試験終了後、回収します。
6. この試験の所要時間は、90分です。

(学科試験について)

問題は全部で20問あります。解答用紙に答案を書いてください。

(実技試験について)

問1 診療録1 (吉田 廉) の内容と、次の医療機関・医師情報に基づき、2つの文書を完成してください。

医療機関：神奈川県相模原市中央区中央7丁目11-15 中央区藤野内科 電話 042-754-0000

医師：藤野 一実 (内科)

①診療情報提供書 (提供先：佐久間代謝クリニック 佐久間 宏 (代謝内科))

②健康診断書

問2 診療録2 (秋山 柚那) の内容と、次の医療機関・医師情報に基づき、2つの文書を完成してください。

医療機関：島根県出雲市今市町7650番地 出雲今市病院 電話 0853-21-0000

医師：大月 璃花 (産科) 上野 新 (外科)

①出生証明書

②傷害保険診断書 (証明書)

※実技診療録は試験用の創作であり、医学的事実に基づいたものではありません。

受験番号： _____ 氏名： _____

学科問題

問1 「高齢者の医療の確保に関する法律」について、正しい文章をすべて選び、記号で答えなさい。

- A. 保険医療機関等に支払われる一部負担金の割合は所得の額に関わらず100分の10である。
- B. 生活保護法による保護を受けている者は被保険者とはならない。
- C. 被保険者が故意に疾病にかかったときは、当該疾病に係る療養の給付は行わない。
- D. 療養の給付の1つに「居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護」がある。

問2 個人情報保護の観点から、(1)～(5)の行動で適切と思われるものにはA、不適切と思われるものにはBを記入しなさい。

- (1) 学会発表の資料作成のため、患者の個人情報の入ったノートパソコンを持ち帰り自宅で作業した。
- (2) 面会簿は患者の個人情報ではないので特別に保管場所に配慮する必要はない。
- (3) 病室の名札は個人情報に該当するため絶対に掲示してはならない。
- (4) 退職した医師に頼まれたので、医療機関の患者情報の提供を行った。

問3 代行入力について、()にあてはまる語句を語群から選び、記号で答えなさい。

診療録等の代行入力は、(1)である(2)が確認と(3)をすることを条件に認められている。情報の(4)・書き換え・消去を行う場合は、元記録と明確に区別されている必要がある。

<語群>

- A. 業務 B. 患者 C. 作成責任者 D. 追記 E. ガイドライン
- F. 署名 G. 病院長 H. 看護師 I. 医師 J. 閲覧

問4 診療記録に関する次の文章について、正しい語句を選択し、記号で答えなさい。

患者の入院中の経過や客観的なデータなどをまとめたものを(1. A. 臨床調査個人票 B. 退院時要約)という。(1)には主治医が決定した(2. A. 主病名 B. 副病名)を必ずひとつ記入する。記入した病名には(3. A. OECD B. WHO)の定めた(4. A. ICD B. JAN)分類コードや退院時の状態である転帰も合わせて記入する。

問5 医療機関の安全管理に関する以下の各文について、正しい文章の組み合わせを選び、記号で答えなさい。

- (1) 医療事故は医療従事者個々の単純な誤りが原因で発生する場合の他、組織としての取り組み不足で発生する場合もある。
- (2) 医療安全支援センターは、医療機関の管理者や従事者に対して研修を実施している。
- (3) 医療事故防止にあたり、病院の利益を最優先に考えることは言うまでもない。
- (4) 医療機関内で「医療安全管理指針」等の規定やマニュアルを備えることは、安全管理を行う上で有用である。

A (1)(2)(4) B (1)(2) C (1)(3)(4) D (2)(3) E (3)(4)

問6 医療法に規定されているものをすべて選び、記号で答えなさい。

- A. 保健師の免許
- B. 診療所の定義
- C. 応召義務等
- D. 臨床研究中核病院の承認

問7 薬理作用について、() にあてはまる語句を語群から選び、記号で答えなさい。

薬理作用には血液に入り、循環系を介して全身に作用が現れる(1)と適用部分にのみ作用が現れる(2)がある。

薬物を2種類以上併用した場合に、薬物相互間で特別な反応を示すことがあり、これを薬物(3)という。作用が各作用の和以上に強まることを(4)という。

<語群>

- A. 相加作用 B. 主作用 C. 拮抗作用 D. 局所作用 E. 相互作用
F. 全身作用 G. 一般作用 H. 相乗作用 I. 有害作用

問8 感染に関する次の文章について、正しいものにはA、間違っているものにはBを記入しなさい。

- (1) 院内感染の感染経路は人から人によるものの他、医療器具を媒介とすることもある。
- (2) 血液や体液の飛散による感染を防ぐためにフェイスシールドを使用することは有効な予防策となる。
- (3) 平素無害菌とは健康な人に害をもたらす毒性の強い細菌である。
- (4) 医師が一類感染症の疑似症患者を診断した場合、7日以内に届け出なければならない。

問9 日本の医療について、正しい文章の組み合わせを選び、記号で答えなさい。

- (1) 医師の就労希望地域が地方と都市部で大きく格差が生じることを「医師の地域偏在」という。
- (2) 産婦人科は医療訴訟が生じやすいことから医師のなり手が他科に比べて少ない。
- (3) 国民一人当たりの年間受診回数はOECD加盟国の中でも多く、そのことが医師の過重労働の原因の1つと考えられる。
- (4) 日本病院会の調査によると月に3回以上宿直する勤務医の割合は30%以下である。

A (1)(2)(3) B (1)(4) C (1)(2)(4) D (1)(3) E (2)(3)(4)

問10 次の各文について、正しい語句を選択し、記号で答えなさい。

- (1) 左心室から毛細血管にて物質交換を行い右心房に至る血液循環のことを（A. 体循環 B. 肺循環）という。
- (2) 橈骨は（A. 前腕部 B. 下腿部）に存在する骨である。
- (3) グルカゴンは肝臓に貯蔵されたグリコーゲンの（A. 形成 B. 分解）を促すホルモンである。
- (4) （A. 中耳 B. 内耳）には気圧のバランスを保つ耳管がある。

問11 医療事故発生時の医療従事者の対応について、正しい文章をすべて選び、記号で答えなさい。

- A. 予期せぬ事態においても、患者の反応に注意し適切に対応することが必要である。
- B. 事故に伴い発生する患者への不利益を軽減するために病院各部門は単独で努力をする。
- C. 医療事故に関する憶測や思い込みも時には重要な情報になるので多くの人に伝えるよう心がける。
- D. 医療事故の第一発見者は、事故の内容を自身で判断し報告義務が生ずるかどうかが精査する必要がある。

問12 次の文章の空欄にあてはまる語句を語群から選び、記号で答えなさい。

外来患者の診察や処方（ 1 ）が行い、処方を（ 2 ）に伝える指示書を作成する。この指示書が（ 3 ）である。

病院内で②が薬剤を渡す院内処方と院外の（ 4 ）で薬剤を渡す院外処方がある。

<語群>

- A. 医薬分業 B. 医師 C. 処方箋 D. 診療録 E. 調剤薬局
- F. 看護師 G. 薬剤師 H. 製薬会社 I. 医療事務員 J. 遠隔診療

問 13 電子媒体への保存について、正しいものにはA、間違っているものにはBを記入しなさい。

- (1) 電子媒体で保存された情報は、必要に応じて直ちに書面に表示できなければならない。
- (2) 電子媒体による保存は「真正性・見読性・保存性の確保」を条件に認められるようになった。
- (3) 外部に保存された情報へのリモートログイン機能は適切に管理された場合にのみ許可するなど制限を設ける必要がある。
- (4) 電子保存された情報にアクセスされた履歴は保存・管理する。

問14 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に規定されているものの組み合わせを選び、記号で答えなさい。

- (1) 一類感染症患者の入院勧告
- (2) 学校医の設置
- (3) 結核患者の医療
- (4) 破傷風の予防接種

A (1)(2) B (2)(3)(4) C (1)(3)(4) D (2)(4) E (1)(3)

問15 個人情報保護に関する医療機関の取り組みについて、正しい文章をすべて選び、記号で答えなさい。

- A. 看護記録は治療内容が記載された帳票であり、取扱いには十分注意が必要である。
- B. 業務委託先の事業者については医療機関とは異なるため、個人情報保護法に基づいて作成されたガイドランスやガイドラインに沿った安全管理措置を講ずる必要はない。
- C. プライバシーマークの取得は個人情報を安全に取り扱っている証となるため、医療機関にとって大きな意味がある。
- D. 傷病名の流出は患者の失業原因にもなりうるため、取扱いには十分注意が必要である。

問 16 医療保険制度に関する以下の各文について、正しい語句を選択し、記号で答えなさい。

- (1) 任意継続被保険者とは被保険者の資格を喪失した者で、喪失の日の前日まで継続して（A. 1月 B. 2月）以上被保険者であったもののうち保険者に申し出て、継続して被保険者となった者をいう。
- (2) 船員保険法における船員保険は（A. 地域保険 B. 職域保険）の1つを構成している。
- (3) 保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は（A. 都道府県知事 B. 厚生労働大臣）の登録を受けた医師でなければならない。
- (4) 出産手当金は（A. 療養給付 B. 現金給付）に該当する。

問17 次の(1)～(5)に関連する語句を語群から選び、記号で答えなさい。

- (1) バンコマイシン耐性腸球菌
- (2) 標準予防策
- (3) 感染症監視体制
- (4) 院内感染対策委員会

<語群>

- A. アウトブレイク B. BCG C. アナフィラキシー D. スタンダード・プリコーション
E. ICT F. VRE G. サーベイランス H. O-157 I. ICC

問18 下記の説明で、正しい文章の組み合わせを選び、記号で答えなさい。

- (1) 舌下錠は経皮投与の一種である。
- (2) 薬物の多くは主に肝臓において化学変化を起こす。
- (3) 直腸内投与は経口投与が難しい患者に効果的である。
- (4) 体内に入った薬物が血液中に取り込まれることを吸収という。

- A (1)(2) B (2)(3)(4) C (3)(4) D (1)(4) E (2)(3)

問19 次の(1)～(5)について、医師事務作業補助者の業務にはA、そうでないものにはBを記入しなさい。

- (1) ベッドメイキング
- (2) 診療に関するデータ整理
- (3) 感染症サーベイランス事業に係る入力
- (4) 処方箋の作成

問20 正しい語句を選択し、記号で答えなさい。

- (1) あお向けに寝る体位のことを(A. 側臥位 B. 仰臥位)という。
- (2) レントゲンで「X-D」とは(A. エックス線写真撮影 B. エックス線透視診断)である。
- (3) 特発性間質性肺炎の略語は(A. IIP B. COPD)である。
- (4) 体内の貯留液を排出するための管のことを(A. カテーテル B. 鉗子)という。

国民健康保険診療録

第 号 No. 12345-6

公費負担者番号						保険者番号	1	4	6	0	2	7
公費負担医療の受給者番号						被保険者証	記号・番号	10・99				
受診者	氏名	よしだ れん 吉田 廉					有効期限	令和	年	月	日	
	生年月日	明・大・④・平	46年	9月	15日	⑤・女	世帯主(組合員)氏名	吉田 廉				
	住所	〒252-0236 神奈川県相模原市中央区富士見7-2-15 電話042-769-0000					資格取得	昭・平・令	年	月	日	
	職業	自営業	被保険者との続柄	本人		一部負担金の割合	〇〇市 3割					
傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日							
甲状腺機能低下症(主)	上・外	H30年9月10日	年 月 日	治癒・死亡・中止	年 月 日							
脂質異常症	上・外	H30年9月10日	年 月 日	治癒・死亡・中止	年 月 日							
(健康診断)	上・外	年 月 日	年 月 日	治癒・死亡・中止	年 月 日							
既往症・原因・主要症状・経過等							処方・手術・処置等					
3年前より甲状腺機能低下症、脂質異常症で治療継続中。内服薬にてコントロール実施。 既往歴、家族歴なし							3.11.1 定期検査 ・心電図検査 ・血液検査 末梢血液一般、T-cho、HDL-cho、LDL-cho、TG グルコース、TSH、FT ₃ 、FT ₄ ・院外RP) ロスバスタチン錠2.5mg「TCK」 1T) レボチロキシナトリウム錠50μg 1T) ×28日分					
3.11.1 KT 36.5度 BP 135 / 79 P 81 / 分 検査結果(詳細省略)、診察上特に所見なし 心電図検査 異常なし →内服薬でのコントロール良好 治療計画に基づき現状通り内服継続 家族の都合で大阪に引越予定 大阪にて就職活動中、就職決定後健康診断予定												
3.11.8 大阪に引越すことが決定 転医の必要があるため佐久間代謝クリニック宛 に紹介状を作成 診療情報提供書 交付												
傷病名	労務不能に関する意見					入院期間						
	意見書に記入した労務不能期間					意見書交付						
	自	月	日	日間		自	月	日	日間			
	自	月	日	日間		自	月	日	日間			
	自	月	日	日間		自	月	日	日間			
	自	月	日	日間		自	月	日	日間			
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨												
備考	公費負担者番号											
	公費負担医療の受給者番号											

(別紙様式 1 1)

a	紹介先医療機関等名
	担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名

藤野印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業	

b	傷病名
c	紹介目的
	既往歴及び家族歴
d	症状経過及び検査結果
e	治療経過
	現在の処方
	備 考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

得点		採点者	採点者	採点者	採点者
・合格 ・不合格					

1. ㉑の記載で正しいものを選びなさい

A

紹介先医療機関等名

担当医 代謝内 科 佐久間 宏 殿

B

紹介先医療機関等名 佐久間代謝クリニック

担当医 代謝内 科 佐久間 宏 殿

2. ㉒の記載で正しいものを選びなさい

A 甲状腺機能亢進症 B 甲状腺機能低下症、脂質異常症 C 甲状腺機能亢進症、糖質異常症

3. ㉓の記載で正しいものを選びなさい

A 精査のお願い B 加療のため C 引越による転居の為 D 転医の願い

4. ㉔の記載で正しいものを選びなさい

A 日頃より大変お世話になっております。

3年前より甲状腺機能低下症、脂質異常症で治療しております。現在内服でコントロールできております。この度家族の都合で転居することのなり貴院での治療を希望されております。ご多忙の所大変恐縮ですがよろしくお願い致します。

B 日頃より大変お世話になっております。平成30年より当院通院中の患者様です。

11/1 定期検査を実施、心電図検査、血液検査（末梢血液一般、T-cho、HDL-cho、LDL-cho、TG、グルコース、TSH、FT3、FT4）の検査結果および診療上、特に所見はありません。ご多忙のところ恐縮ですが、よろしくお願い致します。血液検査結果を同封いたします。

C 2018年より甲状腺機能低下症脂質異常症で当院にて治療中です。

この度、家族の都合で大阪に引越すことが決定いたしました。内服薬でのコントロール良好です。どうぞよろしくお願い致します。

5. ㉕の記載で正しいものを選びなさい

A 内服薬にてコントロールしております

B 定期検査実施しております

C 治療継続中です

D 内服継続中です

健康診断個人票(雇入時)

a	氏名		生年月日	年 月 日	性別		
	健診年月日	年 月 日	血 圧 (m m H g)				
b	既往歴		貧血検査	血色素量 (g/dL)			
				赤血球数 (万/μL)			
	自覚症状		肝機能検査	A S T (U/L)			
				A L T (U/L)			
				γ - G T (U/L)			
	他覚症状		血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dL)			
				HDLコレステロール (mg/dL)			
				トリグリセライド (mg/dL)			
	身長 (cm)		血糖検査 (mg / dL)				
	体重 (kg)		尿検査	糖	-	+	++
B M I		蛋白		-	+	++	+++
腹囲 (cm)		心電図検査					
c	視力	右 ()	その他の法定検査				
		左 ()					
	聴力	右 1000Hz	1: 所見なし 2: 所見あり	その他の検査			
		4000Hz	1: 所見なし 2: 所見あり				
左 1000Hz		1: 所見なし 2: 所見あり					
4000Hz		1: 所見なし 2: 所見あり					
d	胸部エックス線検査	直接 ・ 間接	医師の診断			e	
	(フィルム番号) No.	撮影 年 月 日					
	備考		医師の意見				

1: 視力の欄は矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入してください

2: 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入してください

3: 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果の、異常の所見があると診断された場合に就業上の措置について医師の意見を記入してください

4: BMIは、次の算式により算出すること。「BMI = 体重(kg) / 身長(m)²」

令和 年 月 日

所在地 :

医療機関名 :

医師氏名 :



1. ㉑の記載で正しいものを選びなさい

A

氏名	吉田 廉	生年月日	昭和 46年 9月 15日	性別	男
----	------	------	------------------	----	---

B

氏名	古田 廉	生年月日	昭和 49年 6月 15日	性別	男
----	------	------	------------------	----	---

C

氏名	古太 簾	生年月日	46年 9月 15日	性別	男
----	------	------	------------	----	---

2. ㉒の記載で正しいものを選びない

A 記載しない

B なし

C 甲状腺機能亢進症、糖質異常症

3. ㉓の記載で正しいものを選びなさい

A

視力	右	0.2	()
	左	0.4	()

B

視力	右	0.2	(0.8)
	左	0.4	(1.0)

C

視力	右	0.4	(1.0)
	左	0.2	(0.8)

4. ㊦枠の記載で正しいものを選びなさい

A

胸部エックス線検査 (フィルム番号)	直接 ・ 間接
	撮影
	令和3年 11 月 29 日
	No.

B

胸部エックス線検査 (フィルム番号)	直接 ・ 間接
	撮影
	令和3年 11 月 22 日
	No.

C

胸部エックス線検査 (フィルム番号)	直接 ・ 間接
	撮影
	令和3年 11 月 22 日
	No.

5. ㊦枠の記載で正しいものを選びなさい

- A 記載しない
- B 内服継続中
- C 異常なし。現病については投薬にてコントロール良好。

診療録(妊)

第 号 No. 12345-7

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証	被保険者手帳	記号・番号	有効期限
氏名		あきやま ゆずな 秋山 柚那					
受診者	生年月日	明・大・昭・平 3年 8月 29日		男・女	被保険者氏名		
	住 所	〒693-0021 島根県出雲市塩冶町3456 電話0853-23-0000		資格取得	昭・平・令 年 月 日		
	職 業	被保険者との続柄		事業所	所在地	名称	
				保険者	所在地	名称	
傷 病 名		職務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日	
妊娠40週		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
既往症・原因・主要症状・経過等				処 方 ・ 手 術 ・ 処 置 等			
3. 10. 25 (産科) 40週健診 血圧：109 / 67 体重：62.5kg 心拍数：85 浮腫：(一) 子宮底長：30cm 腹囲：98cm 胎児心音：(+) 子宮口：2cm→出産準備を指示				10. 25 ・尿・血液検査(詳細省略) ・超音波検査 ・ノンストレステスト			
3. 10. 27 (産科) 40週3日 PM 4:00 陣痛開始出血 PM 4:30 破水 PM 8:00 分娩室入室 PM11:45 正常分娩				10. 27 ・ノンストレステスト ・単胎の女児を出産			
3. 10. 28 (産科) 出生証明書交付							
傷 病 名		労 務 不 能 に 関 す る 意 見			入 院 期 間		
		意見書に記入した労務不能期間			意見書交付		
		自 月 日	日 間		自 月 日	日 間	
		自 月 日	日 間		自 月 日	日 間	
		自 月 日	日 間		自 月 日	日 間	
		自 月 日	日 間		自 月 日	日 間	
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備考	子の名前：さくら(初産) 体重：3,250g 身長：48.5cm			公費負担者番号			
				公費負担医療の受給者番号			


診 療 録

第 号 No. 12345-8

公費負担者番号						保険者番号	0	6	3	2	0	0	8	9	
公費負担医療の受給者番号						被保険者証	被保険者手帳	記号・番号	7・9876						
受診者	氏名	あきやま ゆずな 秋山 柚那				有効期限	令和 年 月 日								
	生年月日	明・大・昭・平 3年 8月 29日		男・女	被保険者氏名	秋山 健太									
	住所	〒693-0021 島根県出雲市塩冶町3456 電話0853-23-0000				資格取得	昭・平・令 年 月 日								
	職業	無職	被保険者との続柄	妻		事業所	所在地	省略							
傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日										
左前額部挫創（主）	上・外	R3年 11月 16日	R3年 11月 30日	治癒・死亡・中止	年月日										
頭部打撲	上・外	R3年 11月 16日	R3年 11月 30日	治癒・死亡・中止	年月日										
脳出血疑い	上・外	R3年 11月 16日	R3年 11月 16日	治癒・死亡・中止	年月日										
既往症・原因・主要症状・経過等							処方・手術・処置等								
3.11.16（外科） 自宅前の溝でつまづき、塀の角に頭部を強打、砂利道に転倒。出血があったため夫とともに来院。 主訴・嘔気、嘔吐：なし 所見・眼振、複視、視野障害：なし ・歩行、運動障害：問題なし ・挫創部には砂が付着、内部に異物なし ・放射線科医のCT読影結果：問題なし 指導・安静にすること（家事は問題なし）							11.16 ・手術 左前額部創傷処理（長径4cm、深さ0.5cm） キシロカイン注射液2%10mL、生理食塩液100mL ステイプラーで3針縫合 ・頭部単純X-P→問題なし ・頭部単純CT→放射線科医が読影 ・血液検査：詳細省略→問題なし ・筋注：破傷風トキソイド 0.5mL 1瓶 ・RP) カロナール錠500 1T 4回分								
3.11.17（外科） 所見・創部：問題なし 指導・発赤や痛みがあれば再診を指示 〈11月19日、24日の2日間通院〉							11.17 ・創傷処置（80cm ² ） 〈19日 / 24日 創傷処置実施（80cm ² ）〉								
3.11.30（外科） 予定通り抜鉤、創部良好のため治ゆとする 後遺障害残存見込みはなし 日常生活に支障がある期間（11/16～11/30） 傷害保険診断書（証明書）を作成し交付							11.30 ・創傷処置（抜鉤）（50cm ² ）								
傷病名	労務不能に関する意見						入院期間								
	意見書に記入した労務不能期間						意見書交付								
	自	月	日	日間		自	月	日	日間		自	月	日	日間	
	自	月	日	日間		自	月	日	日間		自	月	日	日間	
	自	月	日	日間		自	月	日	日間		自	月	日	日間	
	自	月	日	日間		自	月	日	日間		自	月	日	日間	
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨															
備考	公費負担者番号														
	公費負担医療の受給者番号														

出生証明書

記入の注意

①	子の氏名	男女 の別	1男 2女
	生まれたとき	令和 年 月 日	午前 時 分 午後
②	出生した ところ及び その種別	出生したところ の種別	1 病院 2 診療所 3 助産所 4 自宅 5 その他
		出生した ところ	番地 番 号
	(出生したところ) の種別1~3 施設の名称		
	体重及び身長	体重 グラム	身長 センチメートル
③	単胎・ 多胎の別	1 単胎 2 多胎 (子中第 子)	
④	母の氏名	妊娠 週数	満 週 日
	この母の出産 した子の数	出生子 (この出生子及び出生後) (死亡した子を含む) 死産児 (妊娠満22週以後)	人 胎
⑤	1 医師 2 助産師 3 その他	上記のとおり証明する。 令和 年 月 日 (住所) (氏名)	番地 番 号 

夜の12時は「午前0時」、
← 昼の12時は「午後0時」と
書いてください。

体重及び身長
は、立会者が医
師又は助産師以
← 外の者で、わか
らなければ書か
なくてもかま
いませぬ。

この母の出産
した子の数は、
← 当該母又は家人
などから聞いて
書いてください。

この出生証明
書の作成者の順
序は、この出生
の立会者が例え
ば医師・助産師
← ともに立ち会っ
た場合には医師
が書くように
1、2、3の順
序に従って書い
てください。

1. ㉑の記載で正しいものを選びなさい

A

子の氏名	柚那	男女 の別	1男 2女
------	----	----------	-------

B

子の氏名	さくら	男女 の別	1男 2女
------	-----	----------	-------

C

子の氏名	さくら	男女 の別	1男 2女
------	-----	----------	-------

2. ㉒の記載で正しいものを選びなさい

A

生まれたとき	令和3年10月25日	午前 午後	11時40分
--------	------------	----------	--------

B

生まれたとき	令和3年10月27日	午前 午後	11時45分
--------	------------	----------	--------

C

生まれたとき	令和3年10月28日	午前 午後	8時00分
--------	------------	----------	-------

3. ㉓の記載で正しいものを選びなさい

A

出生したところ の種別	1病院 4自宅	2診療所 5その他	3助産所
----------------	------------	--------------	------

B

出生したところ の種別	1病院 4自宅	2診療所 5その他	3助産所
----------------	------------	--------------	------

C

出生したところ の種別	1病院 4自宅	2診療所 5その他	3助産所
----------------	------------	--------------	------

4. ㊦枠の記載で正しいものを選びなさい

A

記入しない

B

単胎・ 多胎の別	1 単胎	2 多胎 (子中第 子)
-------------	------	---------------

C

単胎・ 多胎の別	1 単胎	2 多胎 (子中第 子)
-------------	------	---------------

5. ㊦枠の記載で正しいものを選びなさい

A

母の氏名	秋山 さくら	妊娠 週数	満 40 週 0 日
------	--------	----------	------------

B

母の氏名	秋山 ゆずな	妊娠 週数	満 40 週 0 日
------	--------	----------	------------

C

母の氏名	秋山 柚那	妊娠 週数	満 40 週 3 日
------	-------	----------	------------

傷害保険用診断書（証明書）

傷病者	住所	1 健保 2 国保 3 労災 4 自費 5 その他				
	氏名	男・女	職業	年 月 日生（ 歳 ）		

a 傷病名および受傷部位

初診日 年 月 日 発病または受傷日 年 月 日

発病または受傷の原因(傷病者申告の内容を詳細に記入してください)

b 初診から現在までの主要症状並びに治療内容

むらむら打ち傷・腫傷の場合の血算値(レントゲン・臨床など)の有無、検査結果

X線異常 有・無 ()

その他の異常 有・無 ()

当該傷病の治療歴: 有・無 (病院名:)

(年 月 日 ~)

既往症の有無: 有・無 (病院名:)

今回の傷病に関して実施した手術(該当する項目に○印をつけてください)

手術の種類: 関節術 関節術 関節術

手術の種類: ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 その他

手術名

手術日 年 月 日

筋骨関係手術の場合 (脱臼 非脱臼) 植皮術の場合 (25cm以上) (25cm未満)

入院治療 日間(うち外泊日数 日)

年 月 日 ~ 年 月 日

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	

上記入院期間中に付き添いが必要と思われる期間

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	

c 通院治療 日間(うち治療実日数 日)

年 月 日 ~ 年 月 日

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	

固定具使用の場合

使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日

使用固定具 ギブス シーネ ポリネック

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	

コルセット

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	

その他 ()

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	

d 就業がまったく不可能な期間

年 月 日 ~ 年 月 日

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	

e 本人の業務及び日常生活に支障がある期間

年 月 日 ~ 年 月 日

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	

後遺障害残存見込 無 有 (内容)

上記の通り診断いたします

令和 年 月 日

所在地 TEL -

病院名

医師氏名

上野

1. ㉑に記載する傷病名をすべて選びなさい

- A 左前額部挫創 B 頭部打撲 C 脳出血疑い

2. ㉒の記載で最もふさわしいものを選びなさい

- A 転倒時出血認めため来院。挫創部に対し創傷処理施行。頭部打撲があり CT 施行したが特に問題なし。今後の安静と術後処置のため来院を指示。11/30 抜鉤、創部良好のため治癒とした。
- B 11/16 出血があったため来院、挫創部には砂が付着。内部に異物なし、レントゲンおよび CT、血液検査に問題なし。創傷処理を実施。破傷風トキソイド筋注しカロナール錠を処方。
11/17,19,24 創傷処置を実施、11/30 抜鉤し創部良好のため治癒とした
- C 11/16 出血のため夫とともに来院。頭部 X-P,CT では問題なし、左前額部創傷処理施行。内服薬処方し、経過観察継続とした。11/30 抜鉤し創部良好のため治癒とした。

3. ㉓の記載で正しいものを選びなさい

A

通院治療 14 日間(うち治療実日数 5 日)
令和 3 年 11 月 16 日 ~ 令和 3 年 11 月 30 日

B

通院治療 日間(うち治療実日数 5 日)
令和 3 年 11 月 16 日 ~ 令和 3 年 11 月 30 日

C

通院治療 16 日間(うち治療実日数 5 日)
令和 3 年 11 月 16 日 ~ 令和 3 年 11 月 31 日

D

通院治療 15 日間(うち治療実日数 5 日)
令和 3 年 11 月 16 日 ~ 令和 3 年 11 月 30 日

4. ㉔の記載で正しいものを選びなさい

A

記載しない

B

就業がまったく不可能な期間
令和 3 年 11 月 16 日 ~ 令和 3 年 11 月 30 日

5. ㉕の記載で正しいものを選びなさい

A

記載しない

B

本人の業務及び日常生活に支障がある期間
令和 3 年 11 月 16 日 ~ 令和 3 年 11 月 31 日

C

本人の業務及び日常生活に支障がある期間
令和 3 年 11 月 16 日 ~ 令和 3 年 11 月 30 日

D

本人の業務及び日常生活に支障がある期間
令和 3 年 11 月 17 日 ~ 令和 3 年 11 月 30 日