

When applying for disability pension, you must indicate the date of first medical consultation at the medical institution for an injury or illness that caused or contributed to the disability. This is the certificate form used for this purpose.

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。

MEDICAL RECORD CERTIFICATE

受診状況等証明書

- ① Full name
氏名 _____
- ② Name of injury or illness
傷病名 _____
- ③ Date of onset
発病年月日 _____ (Y) (M) (D)
年 月 日
- ④ Cause or trigger of injury or illness
傷病の原因又は誘因 _____
- ⑤ Course of illness from onset to the first medical consultation 発病から初診までの経過
Do you have a reference letter from a previous doctor? ⇒ Yes / No (If yes, please attach a copy.)
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。)

※If your medical record contains information regarding your previous medical consultation, please circle the appropriate number on the right:
診療録に前医受診の記載がある場合
右の該当する番号に○印をつけてください

- 1 This information was obtained from the medical record of my first medical consultation. 初診時の診療録より記載したものです。
2 This information was obtained from the medical record dated _____ (Y) (M) (D).
年 月 日の診療録より記載したものです。

- ⑥ Date of first medical consultation: _____ (Y) (M) (D)
初診年月日 年 月 日
- ⑦ Date of last medical consultation: _____ (Y) (M) (D)
終診年月日 年 月 日
- ⑧ Outcome at last medical consultation (cured, transferred to another hospital/doctor, treatment discontinued)
終診時の転帰(治癒・転医・中止)
- ⑨ Summary of treatment details and course of illness from the first to the last medical consultation
初診から終診までの治療内容及び経過の概要

- ⑩ Please circle the appropriate number (1-4) below: 次の該当する番号(1~4)に○印をつけてください。

If you circle more than one answer, provide details in the blank space to clarify the content.

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。

- Regarding the above- 1 This information was obtained from the patient's medical record.
provided information 診療録より記載したものです。
上記の記載は 2 This information was obtained from the patient information form and hospital record.
受診受付簿、入院記録より記載したものです。
3 This information was obtained from another source ().
その他()より記載したものです。
4 This information is based on a patient's statement from _____ (Y) (M) (D)
年 月 日の本人の申し立てによるものです。

- ⑪ Y(年) M(月) D(日)
Name of the medical institution 医療機関名
Address 所在地
Name of the department in charge of treatment 診療担当科名
Physician's Signature 医師氏名

Requests when filling out the form

記入する際のお願い

- 1 In the “② Name of injury or illness” column, fill in the injury or illness that caused or contributed to the disability.
「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 In the “③ Date of onset” column, fill in the date when the injury or illness occurred. If you cannot specify the onset date, fill in “Unknown” or “Unspecified”.
「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 In the “④ Cause or trigger of injury or illness” column, fill in “Unknown” or “Unspecified” if you cannot specify the cause or trigger.
「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 In the “⑤ Course of illness from onset to the first medical consultation” column, fill in the name of the last medical institution, the consultation period, details of treatment, etc., together with the course of the disease from the onset to the first consultation, if it can be confirmed from the medical records of your visit to the previous doctor.
「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。

If you have a medical record from a previous doctor, please include the date this record was taken.
また、前医受診に関する記載をした場合は、いつの診療録から記載したものを記入してください。

If you have a letter of reference from your previous doctor, please attach a copy.
なお、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 If you listed more than one injury or illness in the “② Name of injury or illness” column, number each injury or illness and fill in the “⑥ Date of first medical consultation” and “⑦ Date of last medical consultation” columns for each injury or illness, so that it is clear which injury or illness these dates refer to.
「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 If you have circled several answers in the “⑩” column, specify in the blank space which information is given for each answer.
「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。

Please note that if you only circle “4. This information is based on the patient’s statement dated (Y) (M) (D)”, this will not be proof of the first consultation date.
なお、「4 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 Please fill in with a black ballpoint pen.
黒インクのボールペンで記入してください。