

入院・通院・手術・特定疾病証明書（診断書）

お願い 追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加え、必ず追記・訂正箇所に医師印を捺印願います。

1. 氏名		フリガナ		カルテ番号		性別		生年月日											
2. 傷病		ア. 傷病名				入院・手術等加療の必要のあった傷病名を記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください									
		イ. アの原因				アの原因となった傷病名や事故を記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください									
		ウ. アの初診日		年 月 日		エ. 入院を患者に指示した日		年 月 日		オ. 手術を患者に指示した日		年 月 日							
3. 入院		入院期間		第1回		年 月 日 ~		年 月 日		<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中									
				第2回		年 月 日 ~		年 月 日		<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中									
				第3回以降															
4. 手術		第1回		手術日		年 月 日		手術部位		手術種類		手術内容		手術種類を主欄に記載		1. 開頭術		2. 穿頭術	
				手術名を記入してください ※ドレナージ等の処置も記入してください		K・J (-)		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側		1~12から選択		1~5から選択				3. 開胸術		4. 胸腔鏡	
																5. 開腹術		6. 腹腔鏡	
																7. ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル			
																8. 経皮的		9. 経尿道的	
																10. 経腔的		11. 眼科レーザー	
																12. その他			
																筋骨関係手術の場合		筋・腱・靭帯に操作が	
																1. 観血		2. 非観血	
																3. 及び			
																手術内容の主欄に記載			
																手指・足指の手術 MP関節を含めて中枢側に		4. 及び	
																植皮術または筋皮弁術の場合		5. 25cm ² 以上	
5. 放射線・温熱療法		放射線または温熱療法の名称を記入してください				施行期間を記入してください				照射量									
		M (-)				年 月 日 ~ 年 月 日				Gy									
6. 先進医療		厚生労働大臣の定める先進医療		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施日(期間)を記入してください				実施回数									
						開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日				回									
7. 悪性新生物・上皮内新生物		病理組織学的検査		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		病理組織診断名を記入してください				診断確定日を記入してください				該当する悪性新生物の種類があれば選択(○)してください					
						「なし」のとき、今後の切除手術予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				(p)TNM分類を記入してください				T () N () M ()					
		上記以外の検査		<input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> CT-MRI <input type="checkbox"/> その他		検査日を記入してください				検査結果を記入してください									
						年 月 日													
		現時点での抗癌剤使用		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		本人あて悪性告知		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		家族あて悪性告知		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		()に告げた					
8. 急性心筋梗塞		急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、軽労働・座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要としていましたか										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
9. 脳卒中		脳卒中の初診日からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				具体的な後遺症の症状を記入してください			
10. 通院		通院年月		上項2.イ.の傷病名に関わる、退院後の通院治療日(往診日を含む)を○で囲んでください															
		年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															
		年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															
		年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															
		年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															
11. 請求意思能力		契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができますか				<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 不明													
上記のとおり証明(診断)します。												年 月 日							
病院または診療所		所在地				名称				医師氏名				印					

ご担当される先生へ

～証明書(診断書)をご記入いただくにあたってのお願い～

ご記入にあたってご留意いただきたい点です。以下の内容をご一読のうえ、記入してください。
(該当欄のない診断書もございます)

証明書(診断書)は、給付金等を迅速にお支払いするうえで極めて大切な書類です。
記入漏れ等にご留意いただき正確なご証明をよろしくお願いいいたします。

項目		ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考
傷病	ア. 傷病名	入院・手術等加療の必要のあった傷病名を記入してください。 該当する傷病が複数ある場合はすべて記入してください。 「悪性新生物・上皮内新生物」、「急性心筋梗塞」、「脳卒中」の場合、 該当欄にも記入してください。 傷病発生年月日はお分かりになる範囲で記入してください。 (イ欄も同様です。)	入院・手術等加療の必要のあった傷病名 (確定診断された場合は確定診断後の傷病名)と傷病の発生年月日をご記入いただく項目です。
	イ. アの原因	アの原因となった傷病や事故(交通事故・転落等)があれば記入してください。 原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 悪性新生物・上皮内新生物(の治療)に伴う合併症・後遺症の場合は、 原因となった悪性新生物名・上皮内新生物名を記入してください。	-
	ウ. アの初診日	貴院におけるアの傷病に関する最初の診察日を記入してください。 (貴院他科での診察を含みます。)	-
入院	入院期間	入院が3回以上の場合は、「第3回以降」欄に記入してください。記載しきれない場合は、別紙にご記入いただいても結構です。その際は、「第3回以降」欄に「別紙あり」と記入いただき、別紙についても、証明印を押印ください。	-
手術		手術給付金のお支払対象となる場合がありますので、手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血術」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」などを行った場合も、もれなく記入してください。 手術種類・手術内容については、該当欄の右に記載されている選択肢より該当する番号を記入してください。 以下のような処置などもあわせて記入してください。 〔例〕持続的腹腔ドレナージ、胸腔ドレナージ など	Kコード・Jコードは給付金のお支払にあたって参考とさせていただきます項目です。 手術部位、手術種類、手術内容によって給付金のお支払内容が異なる場合がございます。
放射線・温熱療法		ガンナイフなどの定位放射線治療、電磁波温熱療法、密封小線源治療なども記入してください。 照射中の場合は、期間、照射量など照射済みの範囲で記入してください。	Mコードは給付金のお支払にあたって参考とさせていただきます項目です。
先進医療		厚生労働大臣の定める先進医療(厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院または診療所において行われるものに限り)の有無、実施日(期間)、実施回数を記入してください。	-
悪性新生物・ 上皮内新生物 (子宮頸部中等度異形成・ 高度異形成を含む)		病理組織学的検査を行っていない場合は「今後の切除手術予定の有無」に必ずレ点をつけてください。また、病理組織学的検査以外の検査を実施されている場合は、「上記以外の検査」に検査内容(検査日、検査結果含む)をご記入ください。 診断確定日は生検もしくは手術標本など、いずれか最初に病理組織診断が確定された日を記入してください。生検日・手術日ではありませんのでご注意ください。 手術をされている場合は、病理組織診断判明後のTNM分類を記入してください。 子宮頸部中等度異形成・高度異形成についても、病理組織学的検査における診断確定日を記入してください。	当社所定の悪性新生物等に該当するか否かは、主に病理組織学的検査(生検)にて判断させていただいておりますが、病理組織学的所見が得られない場合には、その他の所見にて判断させていただきます場合がございます。
急性心筋梗塞		急性心筋梗塞で初診日から60日経過している場合は「はい」、「いいえ」どちらかを必ず で囲んでください。	証明日時時点で60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。
脳卒中		脳卒中で初診日から60日経過している場合は「はい」、「いいえ」どちらかを必ず で囲んでください。	証明日時時点で60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。
通院		今回の治療にともなう、貴院における退院後の通院治療日をもれなくで囲んでください。(治療をともなわない薬剤の購入、受取のみなどの通院は含みません。) 往診日も含んで で囲んでください。 通院予定日は含みません。	-
請求意思能力		該当するものにレ点をつけてください。 未成年者の場合は記入不要です。 失語症などで言葉は話せないものの、判断能力がある場合は、「理解できる」にレ点をつけてください。	請求意思能力とは、保険金等を請求し、受け取るまでの一連の行為など契約等の意味・内容を自ら理解し、判断できる能力を指します。