

入院・通院・手術・特定疾病証明書（診断書）

お願ひ
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ひます。
原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印してください。

1. 氏 名		フリガナ		カルテ番号		性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日		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 全欄に記載	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							3. 開胸術		4. 胸腔鏡			
		K・J (-)							5. 開腹術		6. 腹腔鏡			
	第2回	手術日	年 月 日		手術部位	手術種類	手術内容	手術種類 全欄に記載	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					
		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							8. 経皮的		9. 経尿道的			
		K・J (-)							10. 経腔的		11. 眼科レーザー			
	第3回	手術日	年 月 日		手術部位	手術種類	手術内容	手術内容 全欄に記載	筋骨関係手術の場合 1. 観血 2. 非観血		筋・腱・靱帯に操作が 3. 及ぶ			
		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							手指・足指の手術 MP関節を含めて中枢側に 4. 及ぶ					
		K・J (-)							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		放射線または癌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 患者申出療養		厚生労働大臣の定める先進医療・患者申出療養		実施日(期間)を記入してください										
		<input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養		開始 年 月 日 ～ 終了 年 月 日										
		技術名				受療者が支払った技術料								
						円								
7. 新生物 (子宮頸部等の異形成を含む)	診断確定に至った検査	<input type="checkbox"/> 病理組織学的検査				診断結果	該当するものにチェックをしてください				<input type="checkbox"/> 子宮頸部・外陰部・陰部高度異形成			
	診断確定日	<input type="checkbox"/> その他の検査(病理組織学的検査未実施の場合のみチェックをしてください)					<input type="checkbox"/> 皮膚癌(悪性黒色腫以外)				<input type="checkbox"/> 子宮頸部・外陰部・陰部中等度異形成			
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 上皮内新生物(上皮内癌・Tis・非浸潤性乳癌)				<input type="checkbox"/> 子宮頸部・外陰部・陰部軽度異形成			
						<input type="checkbox"/> 悪性新生物(浸潤癌・血液がん、上記以外)				<input type="checkbox"/> 性状不詳の新生物				
						<input type="checkbox"/> 卵巣境界悪性				<input type="checkbox"/> 良性				
		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 ()に告げた <input type="checkbox"/> なし						
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												
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。
記入漏れ等にご注意いただき正確なご証明をよろしくお願いいたします。

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	<ul style="list-style-type: none"> ●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	<ul style="list-style-type: none"> ●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		<ul style="list-style-type: none"> ●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 	<ul style="list-style-type: none"> ●Kコード・Jコードは給付金のお支払にあたって参考としている項目です。 ●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		<ul style="list-style-type: none"> ●ガンマ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している項目です。
先進医療・患者申出療養		<ul style="list-style-type: none"> ●厚生労働大臣の定める先進医療または患者申出療養（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ま）のいずれかを選択し、その実施日（期間）、技術名、受療者が支払った技術料を記入してください。 ●「受療者が支払った技術料」には、先進医療または患者申出療養にかかる技術料以外の費用は含みません。 	●複数回実施があり、別紙に記入する際は別紙についても証明印を押印ください。
新生物 （子宮頸部等の異形成を含む）		<ul style="list-style-type: none"> ●病理組織学的検査を行っている場合は「病理組織学的検査」にチェックしてください。病理組織学的検査を実施しておらず、他の検査で診断確定している場合は「その他の検査」をチェックしてください。 ●病理組織学的検査による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。 	●当社所定の悪性新生物等に該当するかどうかは、主に病理組織学的所見（生検）にて判断しておりますが、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する場合がございます。
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		<ul style="list-style-type: none"> ●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		<ul style="list-style-type: none"> ●該当するものにチェックをつけてください。 ●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」にチェックをつけてください。 	●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。