

ご担当の先生へ

(※入院・手術・通院証明書(診断書)の記載にあたりご一読をお願いいたします。)

ご記入漏れの欄がありますと、保険金支払いのため、あらためて照会させていただきます場合がありますので、実施された医療行為についてご記入くださいますようお願いいたします。

医療機関提出用

入院・手術・通院証明書(診断書)

宛

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| 1. 氏名 | フリガナ ラクノハ ハナコ | カルテ番号 123456 | 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 1985年1月1日 |
| A 傷病名 | ア. 入院(手術)の原因となった傷病名 乳がん | 症状出現または検査指摘時期 2019年9月30日(頃) (医師推定) (患者推定) | | |
| | イ. 上記アの原因 なし | 2019年9月30日(頃) (医師推定) (患者推定) | | |
| | ウ. 合併症併存疾患 なし | 年 月 日(頃) (医師推定) (患者推定) | | |
| B 新生物(異形成含む)の場合 | ア. 告知 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族 2019年12月20日頃 病名(乳がん)を <input checked="" type="radio"/> 告知 <input type="radio"/> 告知していない | 再発 <input type="radio"/> 転移 <input type="radio"/> 再発・転移の場合 治療によりがんが認められなかった期間 <input type="radio"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="radio"/> 無 | | |
| | イ. 診断確定日 2019年12月7日 | エ. (上記アの傷病名が厚生労働省指定の特定疾患の場合) 診断確定日 年 月 日 | | |
| | ウ. 状態 治療中 (経過観察中(常態状態) <input type="radio"/> 治療 <input type="radio"/>) | カ. 大腸がんの場合 深達度: S / SM以深 | | |
| | エ. 状態 経過観察中(常態状態) | キ. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果 | | |
| 4. 既往症 | ア. 悪性新生物 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | 傷病名: | 医療機関名: | 治療期間: 年 月 日 |
| | イ. 上記以外 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | 傷病名: | 医療機関名: | 治療期間: 年 月 日 |
| C 前医・紹介医 | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | 医療機関名: 丸の内病院 | 初診日 2017年11月1日(頃) | |
| 6. 診療期間 | 初診日 2019年12月1日 ~ 年 月 日 | 終診 <input type="radio"/> 加療中 <input checked="" type="radio"/> | 入院手術をすすめた日 2019年12月20日 | |
| D 7. 入院期間(入院期間を全てご記入ください。) | 1回目 2020年1月5日 ~ 2020年1月15日 | 入院先 <input checked="" type="radio"/> 当院入院 <input type="radio"/> 他院入院 | <input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> その他() | |
| | 2回目 年 月 日 ~ 年 月 日 | 入院先 <input type="radio"/> 当院入院 <input type="radio"/> 他院入院 | <input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> その他() | |
| ※3回目以降の入院がある場合は、以下にご記入ください。 | | | | |
| 8. 通院日入院原因となった傷病名に関する通院の年月を記入のうえ、日付に○印をご記載ください(往診含む)。 | 2017年12月 | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 21 |
| | 2018年1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 | <input checked="" type="radio"/> 21 |
| | 2018年2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 | <input checked="" type="radio"/> 21 |
| | 2018年3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 | <input checked="" type="radio"/> 21 |
| | 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 | <input type="radio"/> 21 |
| 9. 固定具使用の場合 | 使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | 使用固定具 ギプス・シーネ・ポリネック・その他() | | |
| E 10. 手術 | ○腹腔・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置等を含みます。 ○一連の治療過程に連続して試行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。 | | | |
| | 1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術(開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. 経尿道的 8. 経腔的 9. ファイバースコープまたはカテーテルによる治療 10. レーザーによる手術 11. 衝撃波 12. その他() | 下記「種類」欄には、上記1~12のいずれかの番号をご記入ください。 | | |
| 12. 乳房切除術 | 種類 K-476-2 | 手術コード K- | 手術日 2020年1月6日 | 左右の別 <input checked="" type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右 |
| | 手術名 乳房切除術 | 手術日 2020年1月6日 | 左右の別 <input checked="" type="radio"/> 左 <input type="radio"/> 右 | 骨・関節に対する治療の場合 <input type="radio"/> 親血 <input type="radio"/> 非親血 |
| ※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分・手術種類・手術内容・手術日等をご記入ください。 | | | | |
| 11. 初診時の所見および経過(検査内容及び検査成績、治療内容、経過、他覚所見等) | | | | |
| F 13. 抗悪性腫瘍剤 | 区分コード M001 | 治療内容 体外照射(乳がん) | 実施期間 2020年2月21日 ~ 2020年3月24日 | 総線量 50Gy |
| | 14. 先進医療(左右実施の場合はそれぞれご記入ください) | 技術名 | 実施日 年 月 日 | 技術料 円 |
| 15. 新生物に対する放射線治療および温熱療法(アイソトープ含む) | | | | |
| 16. 体外衝撃波結石破砕術・体外衝撃波腎尿管結石破砕術等 | | | | |

お願ひ① 訂正がある場合、必ず証明用紙による訂正印を押印してください。

お願ひ② 記入欄が足りない場合は、余白または別紙にご記入をお願いします。

A 傷病名
●入院(手術)等の契機となった傷病名が複数ある場合は、全てご記入ください。確定診断された場合は、確定診断後の傷病名をご記入ください。

B 新生物(異形成含む)の場合
●今回の傷病名が新生物(異形成含む)の場合に診断結果をご記入ください。
●病理組織診断を実施した場合は、その診断結果、TNM分類、診断確定日をご記入ください。
●病理組織診断以外の方法で診断確定した場合には、その方法・検査結果判定日・検査結果をご記入ください。

C 前医・紹介医
●初診日・医療機関名をわかる範囲でご記入ください。

D 入院期間
●3回目以降の入院は、3回目以降欄にご記入ください。

E 手術
●診療報酬点数表上で「手術料」とされている手術はすべてご記入ください。
●処置とされるものについても、ご契約によってはお支払対象となるものがあります。下記に例示するもののほか、内視鏡・カテーテル等の手術・処置についてもご記入ください。
【例】持続ドレナージ・腹腔灌流
●実際に行った手術に関する手術名、診療報酬点数表の区分番号(コード)、手術日を入力し、その手術について手術種類、手術内容から該当するものをすべて選択ください。
●医科診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して施行し、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。
【例】体外衝撃波結石破砕術・体外衝撃波腎尿管結石破砕術等

F 新生物に対する放射線治療および温熱療法
●手術欄に書ききれない場合は、3回目以降欄にご記入ください。

上記の通り証明します。

証明日 平成29年3月31日

医療機関 病院(診療所)所在地 ○○県○○市○○町
 病院(診療所)名称・診療科 ○○病院 ○○科
 電話番号 ○○○-○○○-○○○○
 医師名 ○○ ○○



| | |
|--------|-------|
| 代理店受領日 | 弊社受領日 |
| | |

新生物に対する放射線治療および温熱療法
●放射線治療について、区分番号(コード)・治療内容・実施期間・総線量をご記入ください。