



主治医先生 殿

ジブラルタ生命保険株式会社

障害診断書作成に際してのご案内

拝啓

時下、ますますご清栄のことと、お喜び申し上げます。

さて、このたび、患者様のご傷病について、診断書を作成いただきますようお願い申し上げます。この診断書は、患者様の弊社保険契約における高度障害保険金・障害給付金のお支払可否等を判断させていただくためにご使用させていただくものです。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、主治医先生におかれましては、下記注意事項をご参照いただいたうえ、ご証明いただきたくお願い申し上げます。

敬具

記

- 1 欄から 9 欄および 25 欄・26 欄は、必ずご記入下さい。
- 10 欄から 24 欄は、該当する項目についてご記入下さい。各項目はつぎのとおりとなっております。なお、障害のない項目は診断書上の項目ごと斜線で抹消して下さい。

10 欄	視力障害	17 欄	運動麻痺・欠損・短縮
11 欄	聴力障害	18 欄	手指・足指の運動障害
12 欄	そしゃく機能障害	19 欄	四肢関節の運動障害
13 欄	言語機能の障害	20 欄	呼吸器の機能障害
14 欄	鼻の障害	21 欄	心臓の機能障害
15 欄	中枢神経系、精神または胸腹部臓器の著しい障害	22 欄	腎臓の機能障害
16 欄	脊柱障害	23 欄	人工膀胱の造設
		24 欄	人工肛門の造設および肛門直腸切断

- 3 15 欄の障害に該当する場合には、27 欄もご記入下さい。
- 4 訂正の場合には、必ず訂正印をお願いします。
- 5 証明欄（27 欄下）に、ご記入・ご捺印をお願いします。

20. 呼吸器の機能障害	① 酸素療法の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="radio"/> 継続中 ・ <input type="radio"/> 終了
	② 換気機能の検査年月日 (酸素療法実施前)	年 月 日	
	a. 予測肺活量: () ml	b. 1 秒量: () ml	c. 予測肺活量 1 秒率: () % (= b/a × 100)
	③ 動脈血ガスの検査年月日 (酸素療法実施前)	年 月 日	
	動脈圧酸素分圧	Torr	
	● 回復の見込	<input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 → <input type="radio"/> 無 の場合、回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]	
21. 心臓の障害	● 心臓ペースメーカーを植込んだ場合、下記の①～③についてご記入下さい。		
	① ペースメーカー植込術実施日	年 月 日	
	② 今回のペースメーカーの植込は、次のいずれに該当しますか	<input type="radio"/> 初回植込 ・ <input type="radio"/> 再植込 ・ <input type="radio"/> 付属品交換	
	③ 今回のペースメーカーは、恒久的なものですか	<input type="radio"/> 恒久的 ・ <input type="radio"/> 一時的	
	● 人工弁を置換した場合、下記の④～⑥についてご記入下さい。		
	④ 人工弁置換術実施日	年 月 日	
	⑤ 人工弁の置換 (生体弁の移植を含む) は、次のいずれに該当しますか	<input type="radio"/> 初回置換 ・ <input type="radio"/> 再置換	
⑥ 過去に他の弁を人工弁に置換していますか	<input type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ		
22. 腎臓の障害	① 人工透析療法をいつから受けてますか	年 月 日から	
	② 人工透析療法は恒久的なものですか	<input type="radio"/> 恒久的 ・ <input type="radio"/> 一時的	
	③ 腎移植を実施しましたか	<input type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ	
	「はい」の場合	a. 施行日	年 月 日
	b. 今回の移植は「自家腎移植」または「再移植」ですか	はい (<input type="radio"/> 自家腎移植 ・ <input type="radio"/> 再移植) ・ <input type="radio"/> いいえ	
④ 人工透析療法実施前または腎臓移植直前の検査数値および検査日をご記入下さい。			
	a. 内因性クレアチンクリアランス値	() ml/分	検査日: 年 月 日
	b. 血清クレアチニン濃度	() mg/dl	検査日: 年 月 日
23. 人工膀胱の造設	① 膀胱全摘出術実施日 (他院・他科の場合も含みます。)	年 月 日	
	② 人工膀胱造設日	年 月 日	
	③ 尿路変更術実施日	年 月 日	
24. 人工肛門の造設および直腸切断	① 直腸切断術実施日 (他院・他科の場合も含みます。)	年 月 日	
	② 直腸および肛門を一塊として摘出していますか	<input type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ	
	③ 人工肛門造設日	年 月 日	
25. その他の障害状態	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> 有 の場合、その内容をご記入下さい。		
26. 回復の見込についてのご意見、今後の治療方針・内容などについてご記入下さい。また、補足するような所見がございましたら、ご記入下さい。			
《以下は、傷病者ご本人様からの保険金請求可否の判断に際し、参考とさせていただきます。》			
27. 保険金を請求し、受取る行為の意味を理解できると思われますか?	<input type="radio"/> A できる ・ <input type="radio"/> B できない ・ <input type="radio"/> C その他 ()		
以上のとおり診断 (証明) します。		年 月 日	
所在地			
名称			
病院または診療所の TEL			
医師氏名		印	

