

この用紙は「診断書封入用封筒」と一緒に医療機関へご依頼ください。

ご担当の先生へ

「入院・手術証明書（診断書）」作成にあたってのお願い

拝啓 いつも格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、「入院・手術証明書（診断書）」は、入院給付金等のお支払を判断させていただくうえで必要な書類であり、また患者様に給付金等を迅速にお支払するうえでも極めて大切な書類です。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、裏面の「入院・手術証明書（診断書）のご記入要領」をご参照のうえ、漏れなく正確にご記入くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただいた「入院・手術証明書（診断書）」は、この紙片（1枚目）から切り離していただいたうえで、当社専用封筒に封入、封緘くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

# 入院・手術証明書（診断書）のご記入要領

## <ご記入上のお願い>

- ①訂正が生じた場合、必ず証明者印による訂正印を押印願います。
  - ②ご記入に際してご留意いただきたい点および記入例を以下に掲載いたしますのでご参照願います。
  - ③内容に不明な点がある場合には、当社より照会・確認させていただくことがございます。
  - ④ご記入後は、この紙片（1枚目）を切り離しのうえ、「入院・手術証明書（診断書）」のみをご提出ください。
- <診断書ご記入等に関するご照会先> 保険金サービスチーム TEL: 03-6720-7311

## 【記入例】

### ◆入院期間

- ①入院期間は、入院日・退院日をご記入いただき、「日帰り入院」「退院」「現在入院中」のいずれかに「○」印をご記入ください。
- ②複数の傷病に対して入院加療を行った場合には、各傷病毎の入院期間をご記入ください。
- ③記入例は2回入院がある例ですが、3回目以降は「第3回以降」欄へご記入ください。

4. 入院期間	第1回入院	※日帰り入院 2014年10月1日～2014年10月25日 (日帰り入院) (退院) (現在入院中)
	第2回入院	※複数の傷病を原因として入院された場合、または、入院中に他の傷病が発生した場合は、各傷病の入院期間をご記入ください。 (傷病名 急性胃炎) 入院期間 2014年10月1日～2014年10月5日 (傷病名 糖尿病) 入院期間 2014年10月6日～2014年10月25日 2014年12月1日～2014年12月31日 (日帰り入院) (退院) (現在入院中)
	第3回以降	3回目以降の入院があれば、[傷病名][入院期間]をご記入ください。(「日帰り入院」「退院」「現在入院中」のご記入もお願いいたします)

### ◆手術・処置欄

- ①手術名、手術施行日、手術の種類をご記入ください。
- ②K、J、Iコード、手術点数もご記入ください。手術料の算定がない手術については点数欄は空白で結構です。
- ③その他該当項目がある場合にはその内容についてもチェックしてください。
- ④4回以上手術がある場合は、4回目以降の記入欄にご記入ください。

手術名	処置名	手術日(施行日)	手術料	手術の種類	観血/非観血	手術時MP関節を 含む中関節に	筋・腱・靭帯の 処置を	口腔内手術の場合、 顎骨に操作が	植皮術・皮弁術 の面積
網膜光凝固術		2014年11月11日	アースから選択 276-1 (11,200点)	アースから選択 サ	観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm <sup>2</sup>
		20年 月 日	アースから選択 -	アースから選択 サ	観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm <sup>2</sup>
		20年 月 日	アースから選択 -	アースから選択 サ	観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm <sup>2</sup>

### ◆新生物の場合

- ①傷病名が「新生物」の場合、最終病理診断名、診断確定日、診断方法、をご記入ください。
- ②悪性新生物、上皮内癌、上皮内黒色腫の場合は、TNM分類をご記入の上、該当するチェックボックスにチェックしてください。

9. 新生物	最終病理診断名 子宮頸部上皮内癌	診断確定日 2014年11月3日	診断方法 <input checked="" type="checkbox"/> 病理組織診断 <input type="checkbox"/> その他
<新生物が悪性新生物、上皮内癌、上皮内黒色腫の場合は、以下もご記入ください> TNM分類 T( I S ) N( 0 ) M( 0 )			
がんの浸潤度 <input type="checkbox"/> 浸潤がん <input checked="" type="checkbox"/> 非浸潤がんのとき → <input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> 上皮内がん以外 <input type="checkbox"/> その他			
悪性告知 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 告知なし			

### ◆急性心筋梗塞の場合、 脳卒中の場合

- ①脳卒中の場合で「はい」に「○」印をご記入されましたら、詳細をご記入願います。
- ②該当のとき、「はい」に「○」印をご記入願います。

10. 急性心筋梗塞	急性心筋梗塞について初めて診療を受けた日から60日経過時点で、 (ここでいう労働の制限とは、軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要としますか)	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
11. 脳卒中	脳卒中について初めて診療を受けた日から60日経過時点で、 他覚的な神経学的後遺症が継続していますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>

### ◆先進医療欄

- ①今回施行された貴院で承認されている「厚生労働大臣の定める先進医療」の治療種類を記載ください。
- ②第三者負担を除く、治療を受けた方が負担すべき先進医療の技術料を記載ください。

12. 先進医療	治療の種類 重粒子線治療	※厚生労働大臣の定める先進医療による治療
治療の期間	2014年10月1日～2014年10月23日	先進医療技術料 3,000,000円

22129015

## 入院・手術証明書（診断書）

1. 氏名	フリガナ カルテ番号( )	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 西暦(大正) 昭和(平成)	年 月 日
2. 傷病名	(ア)入院・手術の原因となった診断確定傷病名	必ずご記入ください→ICD-10コード( )	傷病発生年月日(受傷・発病年月日)	ケガの場合 以下に該当する場合は、該当項目の <input checked="" type="checkbox"/> に「○」を記入ください。 <input type="checkbox"/> 骨折(病的骨折・助軟骨以外の軟骨骨折を含まない) <input type="checkbox"/> 関節脱臼(半月板損傷・断裂を含まない) <input type="checkbox"/> 腱の断裂(靭帯の断裂・損傷を含まない)
	(イ)アの原因		20年 月 日	
	(ウ)入院中に治療を行った合併症	入院加療の必要があった傷病については、4.欄もご記入ください。	20年 月 日	
3. 治療期間	貴院における初診	20年 月 日	～	20年 月 日
4. 入院期間	第1回入院	※日帰り入院(入院日が同一の入院で、かつ、入院基本料が算定されている入院)の場合には、入院日を記入し、「日帰り入院」に○印をつけてください。 20年 月 日	～	20年 月 日
	第2回入院	※複数の傷病を原因として入院された場合、または、入院中に他の傷病が発生した場合は、各傷病の入院期間をご記入ください。 (傷病名 ) 入院期間 20年 月 日	～	20年 月 日
	第3回以降	3回目以降の入院があれば、[傷病名][入院期間]をご記入ください。(「日帰り入院」「退院」「現在入院中」のご記入もお願いいたします)		
	分娩を伴う入院	分娩日	20年 月 日	
5. 前医又は紹介医	無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/>	医療機関名	医師名	初診日 20年 月 日
6. 既往症持病	無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/>	傷病名・医療機関名	治療期間または罹患時期	左記傷病名のうち、上記「4.入院期間」中に治療した傷病名
7. 手術	手術名または処置名	手術日(処置日)	手術種類	観血/非観血
	1	20年 月 日	アースから選択	観血
	2	20年 月 日	アースから選択	観血
	3	20年 月 日	アースから選択	観血
8. 放射線・温熱療法	療法名	照射部位	総線量	グレイ
9. 新生物	最終病理診断名	診断確定日	20年 月 日	診断方法 <input type="checkbox"/> 病理組織診断 <input type="checkbox"/> その他
10. 急性心筋梗塞	急性心筋梗塞について初めて診療を受けた日から60日経過時点で労働の制限を引き続き必要としますか (ここでいう労働の制限とは、軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。)			
11. 脳卒中	脳卒中について初めて診療を受けた日から60日経過時点で、他覚的な神経学的後遺症が継続していますか			
12. 先進医療	治療の種類	※厚生労働大臣の定める先進医療による治療について記載してください。		
13. 通院	通院年月	※上記2項ア・イの傷病の治療を目的とした通院治療日(往診含む)に○印をつけてください。		各月合計
14. 請求意思能力	現在、本人には保険金等を請求し、受け取る行為の意味を理解できないと思われる場合は、右にチェックしてください。			

白抜き印の箇所には「○」印をつけてください。