

本書面は必ず担当医師にご記入
いただいでください。

入院・手術・退院・通院証明書(診断書－災害用)

楽天生命保険株式会社 御中

※生年月日以外は西暦でご記入ください。

1. 氏 名		(カルテ番号)				性別	男女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日																							
傷病名 (I C D - 1 0コード) をご記入ください。						傷病発生年月日 いずれかに○印をしてください。																											
2. 傷病	ア. 入院・手術等の原因 (契機) となった傷病名		入院・手術等の原因 (契機) となった傷病名を記入ください。				年 月 日 (医師推定 ・ 患者申告)																										
			()																														
	イ. ア の 原 因		アの原因となった傷病名や事故を記入ください。				年 月 日 (医師推定 ・ 患者申告)																										
			()																														
	ウ. ア、イ以外の傷病		ア、イ以外の入院加療の必要があった傷病 (合併症) があれば記入してください。				年 月 日 (医師推定 ・ 患者申告) ウ. の入院中の治療期間 (年 月 日～ 年 月 日)																										
()																																	
ア. の初診日からの 治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日 (終 診 ・ 転 院 ・ 現在加療中)																															
3. 前医・ 紹介医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名				治療期間 年 月 日～ 年 月 日				医療機関 医師名																							
4. 既往症・ 持病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名				治療期間 年 月 日～ 年 月 日				医療機関 医師名																							
5. アの 検査 所見 等	他覚所見の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				請求意思能力の有無				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																						
	診断確定の 検査方法		受傷内容		受傷原因		受傷部位 (詳細な受傷部位を記入ください。) 【例：右第一肋骨・左肩等】																										
	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/>	骨 折	<input type="checkbox"/> 外傷を直接の原因とするもの <input type="checkbox"/> 病的骨折 <input type="checkbox"/> 特発性骨折		※麻酔下において手術を要する部位のみご記入ください。																										
			<input type="checkbox"/>	関節脱臼	<input type="checkbox"/> 外傷を直接の原因とするもの <input type="checkbox"/> 先天性脱臼 <input type="checkbox"/> 病的脱臼 <input type="checkbox"/> 反復性脱臼																												
			<input type="checkbox"/>	腱の断裂 (靱帯は除く)	<input type="checkbox"/> 外傷を直接の原因とするもの <input type="checkbox"/> 疾病を原因とするもの																												
6. 入院	入院期間		第 1 回 目	年 月 日	～	年 月 日	(退 院 ・ 入 院 中 ・ 転 科 ・ 転 院)																										
			第 2 回 目	年 月 日	～	年 月 日	(退 院 ・ 入 院 中 ・ 転 科 ・ 転 院)																										
			第 3 回 目	年 月 日	～	年 月 日	(退 院 ・ 入 院 中 ・ 転 科 ・ 転 院)																										
7. 通院	通院期間 (通院日に○をお願いします。治療措置を伴わない薬剤または治療材料の購入・受取のみの通院日は含めないで下さい。)										合計																						
	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	日
	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	日
	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	日
	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	日
8. 手術	手術 種 類	ア. 開頭術	イ. 穿頭術	ウ. 開胸術	エ. 胸腔鏡下	オ. 開腹術	手術 内 容	筋骨関係手術の場合				①観血 ②非観血																					
		カ. 腹腔鏡下	キ. 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					手指・足指の場合、MP関節含めて中枢側に				③及ぶ ④及ばない																					
		ク. 経皮的	ケ. 経尿道的	コ. 経腔的	サ. 眼科レーザー	口腔内の手術の場合、顎骨に				⑤及ぶ ⑥及ばない																							
		シ. その他 ()						植皮術または皮弁術の場合				⑦25cm ² 以上 ⑧25cm ² 未満																					
	手術名 (ドレナージ等の処置も記入ください。)		診療報酬点数表の 区分番号		手術種類 ア～シから選択		上記手術内容に該当す る場合、①から⑧を選択		手術部位		手術日																						
	第1回		K・J-						左・右・両側		年 月 日																						
第2回		K・J-						左・右・両側		年 月 日																							
第3回 以降		K・J-						左・右・両側		年 月 日																							
9. 先進医療	種 類	先進医療にかかる技術料のうち自己負担金額				実 施 日	年 月 日																										
		円 × 回					年 月 日																										
上記のとおり証明します。											年 月 日																						
所 在 地 (T E L) 病院または診療所の 名 称 医 師 氏 名											印																						

証明者様へのお願い 原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印してください。追記・訂正の場合、必ず証明印による訂正印をお願いします。