

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。

フリガナ

氏名

性別

男
女

生年月日

大正昭和
平成西暦

年

月

日

カルテ番号()

②傷病名・所見

(ア)入院・手術等の原因(契機)となった傷病

入院・手術等の原因(契機)となった傷病名(ICD-10コード)を記入してください

傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください

医師推定患者申告

西暦

年

月

日

(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

傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください

医師推定患者申告

西暦

年

月

日

(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(合併症を含む)があれば記入してください

傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください

医師推定患者申告

西暦

年

月

日

(ウ)の入院が必要な治療期間

西暦

年

月

日

～

西暦

年

月

日

(エ)(ア)の初診日

西暦

年

月

日

他覚所見

ありなし

※妊娠の場合
妊娠判明日

西暦

年

月

日

傷病名を患者に告知した日

西暦

年

月

日

入院を患者に指示した日

西暦

年

月

日

手術を患者に指示した日

西暦

年

月

日

③前医・紹介医

ありなし

傷病名

医療機関・医師名

治療期間

西暦

年

月

日

～

西暦

年

月

日

④持病・既往症

ありなし

傷病名

医療機関・医師名

治療期間

西暦

年

月

日

～

西暦

年

月

日

⑤入院

入院期間

第1回

西暦

年

月

日

～

西暦

年

月

日

退院入院中転科転院死亡退院

第2回

西暦

年

月

日

～

西暦

年

月

日

退院入院中転科転院死亡退院

第3回

西暦

年

月

日

～

西暦

年

月

日

退院入院中転科転院死亡退院

4回目以降の入院の場合は貴院にて別紙証明のうえ、ご提出ください。

上記のうち、公的医療保険制度の非適用入院期間

西暦

年

月

日

～

西暦

年

月

日

⑥手術

種類

手術名・処置名(診療報酬点数表で「処置料」の対象となる持続ドレナージ等を行った場合も本欄に記入してください。)

部位

手術年月日

筋・腱・靱帯に操作が

手指・足指の場合MP関節を含めて中脛側に

口腔内手術の場合顎骨に操作が

植皮術・皮弁術の面積

血管内カテーテル手術の場合病変の局在

穿頭術の場合使用した穴は

診療報酬点数区分

左
右
両側

西暦

年

月

日

及ぶ
及ばない

及ぶ
及ばない

及ぶ
及ばない

25cm
(以上)未満

(四肢血管)
(四肢以外)

新規穴
既存穴

診療報酬点数区分

左
右
両側

西暦

年

月

日

及ぶ
及ばない

及ぶ
及ばない

及ぶ
及ばない

25cm
(以上)未満

(四肢血管)
(四肢以外)

新規穴
既存穴

診療報酬点数区分

左
右
両側

西暦

年

月

日

及ぶ
及ばない

及ぶ
及ばない

及ぶ
及ばない

25cm
(以上)未満

(四肢血管)
(四肢以外)

新規穴
既存穴

⑦放射線治療

放射線・温熱療法の種類

体外照射
定位照射

温熱療法を複数回実施の場合は貴院にて別紙証明のうえ、ご提出ください

温熱療法
温熱療法施術日

その他

診療報酬点数区分

部位

照射期間

総線量

M-

-

開始

西暦

年

月

日

終了

西暦

年

月

日

Gy

⑧悪性新生物・上皮内新生物

組織学的検査

病理組織診断名を記入してください

診断確定日を記入してください

悪性新生物の種類

ありなし

子宮頸部異形成(CINⅢ)の場合／
GISTの場合／リスク評価:
(高)(中)(低)(超低)

上皮内癌(高度異形成)

(p)TNM分類を記入してください

T(N(M(M-

/①②③⑥⑨)

種類

原発再発転移

本人に「告げていない」・「告げた」→(告知時期西暦年月日)

家族に「告げていない」・「告げた」→(続柄配偶者子その他)

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

円 × 回

実施日

西暦

年

月

日

西暦

年

月

日

⑩通院

通院年月

合計日数

今回の治療にともなう通院日(往診日を含む)を○で囲んでください

西暦

年

月

合計

日

12345678910111213141516171819202122232425262728293031

西暦

年

月

合計

日

12345678910111213141516171819202122232425262728293031

西暦

年

月

合計

日

12345678910111213141516171819202122232425262728293031

西暦

年

月

合計

日

12345678910111213141516171819202122232425262728293031

西暦

年

月

合計

日

12345678910111213141516171819202122232425262728293031

⑪請求意思能力

現在、本人には保険金等を請求する意思能力がありますか。

有無

上記のとおり証明(診断)します

所在地

診療科

病院または診療所 名称

TEL () -

医師氏名

印

該当する箇所・項目は全て記入・○印をお願いします。