

本書面は必ず担当医師にご記入ください。

診断書(入院・手術・退院・通院証明書)

ご提出用

楽天生命保険株式会社 御中

①氏名	フリガナ			性別	男 女	生年月日	昭和(平成) 令和(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																					
			ICD-10コード()						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																					
			ICD-10コード()						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																					
			ICD-10コード()						医師推定 患者申告		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																								
(エ)	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	④既往症・持病	あり なし	傷病名	医療機関・医師名																							
		治療期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日			治療期間	西暦 年 月 日～ 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																										
		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関節を含めて中極側に	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 (K) - (J)	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 ² (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 (K) - (J)	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 ² (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 (K) - (J)	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 ² (以上)(未満)	(四肢血管) (四肢以外)	新規穴 既存穴																				
⑦放射線治療・温熱療法	放射線・温熱療法の名称 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	体外照射 温熱療法	定位照射 温熱療法施術日 西暦 年 月 日	診療報酬点数区分 M- [-]	部位	照射期間			総線量																					
		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			大腸癌の場合																					
		西暦 年 月 日	上皮内癌・非浸潤癌 浸潤癌 その他 []			深達度 (M) (SM以下)																								
	種類	原発 再発 転移 その他 []	がん(悪性新生物または上皮内新生物)であることを	本人に [] (告知時期 西暦 年 月 日)																										
		家族に [] (続柄 配偶者 子 その他 [])																												
⑨抗がん剤・ホルモン剤 ※公的医療保険制度の対象のものに限ります	抗がん剤治療薬剤名	投薬年月	西暦 年 月	西暦 年 月	西暦 年 月	西暦 年 月																								
	ホルモン剤治療薬剤名	投薬年月	西暦 年 月	西暦 年 月	西暦 年 月	西暦 年 月																								
⑩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	西暦 年 月 日																							
		円 × 回					西暦 年 月 日																							
⑪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	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																											
	西暦 年 月	合計 日	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																											
	西暦 年 月	合計 日	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																											
⑫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													西暦 年 月 日																	
所在地													診療科																	
病院または診療所 名称													医師氏名																	
TEL () -													印																	

該当する箇所・項目は全て記入・○印をお願いします。