

本書面は必ず担当医師にご記入いただいでください。

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			性別	<div>男</div> <div>女</div>	生年月日	<div>昭和(平成)</div> <div>令和(西暦)</div>		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()				<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>	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()				<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>	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()				<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>	西暦	年	月	日																																				
(エ)	(ア)の初診日	西暦	年	月	日	他覚所見	<div>あり</div> <div>なし</div>	※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	<div>あり</div> <div>なし</div>	傷病名	医療機関・医師名		④既往症・持病	<div>あり</div> <div>なし</div>	傷病名	医療機関・医師名																																							
	治療期間	西暦	年	月		日	西暦	年	月	日	治療期間	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日																												
⑤入院	入院期間 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。	第1回	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日	<div>退院</div>	<div>入院中</div>	<div>転科</div>	<div>転院</div>	<div>死亡退院</div>																																
		第2回	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日	<div>退院</div>	<div>入院中</div>	<div>転科</div>	<div>転院</div>	<div>死亡退院</div>																																
		第3回	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日	<div>退院</div>	<div>入院中</div>	<div>転科</div>	<div>転院</div>	<div>死亡退院</div>																																
		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	「種類」には、右記①～⑫の手術の種類のうち、 該当する番号をご記入ください。		①開頭術 ②穿頭術 ③開胸術 ④胸腔鏡 ⑤開腹術 ⑥腹腔鏡 ⑦ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル ⑧経皮的 ⑨経尿道的 ⑩経腔的 ⑪眼内レーザー ⑫その他()																																											
		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 顎関節に操作が	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																																						
		診療報酬点数区分 [K] - [J]	算定 有 無	左 右 両側	西暦	年	月	日	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	25cm ² (以上・未満)	(四肢血管) (四肢以外)																																		
		診療報酬点数区分 [K] - [J]	算定 有 無	左 右 両側	西暦	年	月	日	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	25cm ² (以上・未満)	(四肢血管) (四肢以外)																																		
		診療報酬点数区分 [K] - [J]	算定 有 無	左 右 両側	西暦	年	月	日	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	<div>及ぶ</div> <div>及ばない</div>	25cm ² (以上・未満)	(四肢血管) (四肢以外)																																		
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 定位照射 温熱療法 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 開始 西暦		年	月	日	総線量 Gy																																	
	その他 []		西暦	年	月	日		終了 西暦	年	月	日																																				
⑧悪性新生物・上皮内新生物	組織学的検査	あり	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																																						
		なし	食道癌T1aの場合: (EP) (LPM以上) GISTの場合/リスク評価: (高) (中) (低) (超低)		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	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 (告げていない) ・ (告げた) → (告知時期 西暦		年	月	日)																																					
		その他 []			家族に (告げていない) ・ (告げた) → (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 のみに限ります	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	西暦		年	月	日																															
		円 × 回					西暦		年	月	日	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											
	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											
上記以降の通院はこちらにご記入ください。																																															
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。										<div>有</div> <div>無</div>																																			
上記のとおり証明(診断)します																		所在地										西暦										年	月	日							
																		病院または診療所 名称										診療科																			
																		TEL () -										医師氏名										<div>印</div>									

●証明者へのお願い 原本の複写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。

LIAJ061-A01-202111

(610-002-16-2111)

該当する箇所・項目は全て記入・○印をお願いします。