

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・手術等証明書)

ご提出用

楽天生命保険株式会社 御中

①氏名	カルテ番号( )										性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和(平成) 令和(西暦) 年 月 日										
	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											
		(イ) (ア)の原因	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)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							
(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												
(オ) 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	傷病名	医療機関・医師名		④既往症・持病	あり	傷病名	医療機関・医師名																
	なし	治療期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日			なし	治療期間	西暦 年 月 日～ 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										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」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( )									
	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								
		診療報酬点数区分 [K] - [J]	算定 有 無	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	及ぶ 及ばない	25cm <sup>2</sup> (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	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	25cm <sup>2</sup> (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	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	25cm <sup>2</sup> (以上) (未満)	四肢血管 (四肢以外)										
⑦放射線治療	放射線・温熱療法の名称		体外照射 定位照射・IMRT その他 [ ]		診療報酬点数区分		部位		照射期間				総線量											
	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 西暦 年 月 日		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	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			悪性新生物の区分												
		なし	国際疾病分類－腫瘍学コード [M- / ① ② ③ ⑥ ⑨]			(p) TNM分類を記入してください T( ) N( ) M( )			GISTの場合/リスク評価 (高) (中) (低) (超低)			食道癌T1aの場合 EP LPM以上 深達度 M SM未満												
	上記以外の検査	診断確定に至った検査			検査日を記入してください			検査結果を記入してください																
		細胞学的検査 CT-MRI その他 [ ]			西暦 年 月 日																			
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	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	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			円	実施日		西暦 年 月 日													
⑪在宅医療	医科診療報酬点数表のうち往診料を除く在宅患者診療・指導料の算定の対象となる診療に限りです。			同月に複数回算定の場合には、同月内の「一番早い算定日」と「一番遅い算定日」を記入してください。																				
	西暦 年 月 日			西暦 年 月 日			西暦 年 月 日			西暦 年 月 日														
	西暦 年 月 日			西暦 年 月 日			西暦 年 月 日			西暦 年 月 日														
⑫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																					
上記以降の通院はここに記入してください。																								
⑬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)		西暦 年 月 日																	
上記のとおり証明(診断)します																								
所在地																								
病院または診療所 名称																								
TEL ( ) -																								
診療科																								
医師氏名																								

該当する箇所・項目は全て記入・○印をお願いします。