

本書面は必ず担当医師にご記入いただください。

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (エ) (ア)の初診日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 他覚所見 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | ※妊娠の場合 妊娠判明日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②傷病名・所見 | 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 | 手術を患者に指示した日 | | 西暦 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③前医・紹介医 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 傷病名 | 医療機関・医師名 | ④既往症・持病 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 | <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 死亡退院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 第2回 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 死亡退院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 第3回 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | ～ | 西暦 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 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」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ー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・靭帯に操作が | 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 | <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない | <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない | <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない | 25cm ² (以上)未滿 | (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 | <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない | <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない | <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない | 25cm ² (以上)未滿 | (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 | <input type="radio"/> 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="radio"/> なし | 国際疾病分類-腫瘍学コード [M- / ①②③⑥⑨] | (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) | 大腸癌の場合 深達度 (M) (SM以下) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記以外の検査 | 診断確定に至った検査 (細胞学的検査) (CT-MRI) (その他) [] | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 種類 | 抗がん剤治療薬名 | 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 | 西暦 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ホルモン剤治療薬名 | 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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ます。 | | 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 | 西暦 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫通院 | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | 西暦 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | 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。