

本書面は必ず担当医師にご記入いただいでください。

# 入院・手術・退院・通院証明書(診断書一災害用)

ご提出用

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。

①氏名	フリガナ		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																													
			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																									
		(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																									
	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持病・既往症・アレルギー	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(ア)の検査所見等	診断確定の検査方法		受傷内容		受傷原因		受傷部位(詳細な受傷部位を記入ください。)(例:右第一肋骨・左肩等)																													
	X線		骨折		外傷を直接の原因とするもの 病的骨折 特発性骨折		※左記のうち、麻酔下において手術を要する部位をご記入ください。																													
	CT																																			
	MRI		関節脱臼		外傷を直接の原因とするもの 先天性脱臼 病的脱臼 反復性脱臼																															
	超音波																																			
その他																																				
( )		腱の断裂(靱帯は除く)		外傷を直接の原因とするもの 疾病を原因とするもの																																
⑥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																								
	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																								
⑦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眼科レーザー 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				筋骨関係手術の場合	手指・足指の場合MP関節を含めて中指側に	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) -				(左) (右) (両側)	西暦				年	月	日	観血 非観血	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) -				(左) (右) (両側)	西暦				年	月	日	観血 非観血	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) -				(左) (右) (両側)	西暦				年	月	日	観血 非観血	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)																			
⑧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																				
⑨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
	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
⑩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		西暦		年	月	日												
病院または診療所 名称																		TEL ( )		—		医師氏名		(印)												

●証明者へのお願い 原本の複写またはコピー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-A02-201705 (610-004-06-1705)

該当する箇所・項目は全て記入。○印をお願いします。