

本書面は必ず担当医師にご記入ください。

入院・手術・退院・通院証明書(診断書-災害用)

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	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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)となった傷病名(ICD-10コード)をご記入ください	ICD-10コード()		傷病発生年月日(受傷年月日)をご記入ください																												
	(イ)	(ア)の原因	(ア)の原因となった傷病名や事故をご記入ください		傷病発生年月日(受傷年月日)をご記入ください																												
	(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)があればご記入ください		傷病発生年月日(受傷年月日)をご記入ください																												
			ICD-10コード()		西暦 年 月 日																												
	(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																										
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	治療期間	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日	<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 ~ 年 月 日																							
	④既往症 持病																																
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(詳細な受傷部位をご記入ください。【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	※骨折部位の骨の名称をもれなくご記入ください。																													
	CT	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	※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。																													
	MRI		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	腱の断裂(靭帯は除く)	外傷を直接の原因とするもの 疾病を原因とするもの																															
その他	()																																
⑥入院	入院期間	第1回	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 転科 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 転科 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 死亡退院																													
		第3回	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	<input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 転科 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 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。																																
	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ご記入ください。)	部位	手術年月日	筋・腱・靭帯に操作が	手指・足指の場合MP関節を含めて中枢側に	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 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	25cm(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 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	25cm(以上/未満)	四肢血管/四肢以外	新規穴/既存穴																							
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 x 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○で困ってください																														
	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
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。			<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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					診療科																												
TEL () -					医師氏名																												
印																																	

該当する箇所・項目は全て記入・○印をお願いします。

●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-A02-201808

(610-004-07-1808)