

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-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	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)となった傷病名	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					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( )					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( )					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( )					医師推定 患者申告	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	あり なし	傷病名	医療機関・医師名																										
		治療期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日				治療期間	西暦 年 月 日～ 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																																	
	MR I	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。																													
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ご記入ください。)	部位	手術年月日	筋・腱・靱帯に操作が	手指・足指の場合MP関節を含めて中絶側に	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 K - 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 K - 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 × 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		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。