

診断書(入院・手術等証明書一災害用)

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									
②傷病名・所見	(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									
	(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	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし								
③前医・紹介医	あり	傷病名	医療機関・医師名		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(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】)								
	<input type="checkbox"/> X線	※該当するすべてに○をつけてください。	骨折	外傷を直接の原因とするもの		※骨折部位の骨の名称をもれなくご記入ください。								
	<input type="checkbox"/> CT			病的骨折 特発性骨折										
	<input type="checkbox"/> MRI			関節脱臼	外傷を直接の原因とするもの		※左記のうち、麻酔下において手術を要する部位を下記にご記入ください。							
<input type="checkbox"/> 超音波	先天性脱臼 病的脱臼													
<input type="checkbox"/> 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。													
	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	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	算定	左	西暦	及ぶ	及ぶ	及ぶ	25cm ²	(四肢血管)				
		(K)	(有)	右	年 月 日	及ばない	及ばない	及ばない	(以上)未滿	(四肢以外)				
	(J)	(無)	両側	年 月 日	及ぶ	及ぶ	及ぶ	25cm ²	(四肢血管)					
	(K)	(有)	左	西暦	及ぶ	及ぶ	及ぶ	25cm ²	(四肢血管)					
	(J)	(無)	右	年 月 日	及ばない	及ばない	及ばない	(以上)未滿	(四肢以外)					
	(K)	(有)	両側	年 月 日	及ぶ	及ぶ	及ぶ	25cm ²	(四肢血管)					
	(J)	(無)	両側	年 月 日	及ばない	及ばない	及ばない	(以上)未滿	(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			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。													
⑨在宅医療	医師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せう。													
	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		西暦 年 月 日					
⑩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ちらにご記入ください。														
⑪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									

該当する箇所・項目は全て記入・○印をお願いします。