

本書面は必ず担当医師にご記入いただいでください。

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	<div>男</div> <div>女</div>	生年月日	<div>昭和(平成)</div> <div>令和(西暦)</div>		年	月	日	
	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()										<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>	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()										<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>	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()										<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>	西暦	年	月	日				
(エ)	(ア)の初診日	西暦 年 月 日										他覚所見		<div>あり</div> <div>なし</div>					
		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	<div>あり</div> <div>なし</div>	傷病名	医療機関・医師名				④既往症・持病	<div>あり</div> <div>なし</div>	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。) <div>【例：右第一肋骨・左肩等】</div>												
	<div>X線</div> <div>CT</div> <div>MRI</div> <div>超音波</div> <div>その他</div> <div>()</div>	※該当すべてに○をつけてください。		骨折	<div>外傷を直接の原因とするもの</div> <div>病的骨折</div> <div>特発性骨折</div>		※骨折部位の骨の名称をもれなくご記入ください。												
		関節脱臼		<div>外傷を直接の原因とするもの</div> <div>先天性脱臼</div> <div>病的脱臼</div> <div>反復性脱臼</div>		※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。													
		腱の断裂(靱帯は除く)		<div>外傷を直接の原因とするもの</div> <div>疾病を原因とするもの</div>															
⑥入院	入院期間	第1回	西暦 年 月 日～西暦 年 月 日										<div>退院</div> <div>入院中</div> <div>転科</div> <div>転院</div> <div>死亡退院</div>						
	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										<div>退院</div> <div>入院中</div> <div>転科</div> <div>転院</div> <div>死亡退院</div>						
		第3回	西暦 年 月 日～西暦 年 月 日										<div>退院</div> <div>入院中</div> <div>転科</div> <div>転院</div> <div>死亡退院</div>						
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						
		<div>診療報酬点数区分</div> <div>算定</div> <div><div>左</div><div>右</div><div>両側</div></div> <div>西暦 年 月 日</div> <div><div>及ぶ</div><div>及ばない</div></div> <div><div>及ぶ</div><div>及ばない</div></div> <div><div>及ぶ</div><div>及ばない</div></div> <div>25cm²</div> <div>(以上・未満)</div> <div><div>四肢血管</div><div>四肢以外</div></div>																	
⑧医療進	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										
	⑨在宅医療				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。														
⑩通院	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																		
	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。										<div>有</div> <div>無</div>							
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。