

医療証明書(睡眠時無呼吸症候群用)

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	昭和 平成 令和 西暦			年	月	日生				
	カルテ番号 ()														
②傷病名					(ICD10コード)		③初診日								
睡眠時無呼吸症候群 (G47.3) / 睡眠時無呼吸症候群疑い					西暦		年 月 日								
					いずれかに○印をつけてください										
④入院	第1回	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日	退院 入院中 転科				
	第2回	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日	退院 入院中 転科				
⑤初診時詳細	(1)	いつからどのような症状があったか、症状を自覚された時期について以下に詳細をご記載ください													
	(2)	入院に至った契機	(医師の指示) / (患者希望) いずれかに○印をつけてください												
		診療費の負担先	(公的医療保険) / (全額公費) / (自費) / (その他) いずれかに○印をつけてください												
入院経緯詳細について以下に詳細をご記載ください															
⑥前医	あり なし	傷病名			医療機関・ 医師名			⑦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
⑧検査詳細	病名診断に至った検査詳細についてお聞かせください。														
	(1)	在宅簡易呼吸モニター検査日	西暦		年	月	日	(2)	終夜ポリグラフィー検査日	西暦		年	月	日	
		結果告知日	西暦		年	月	日		結果告知日	西暦		年	月	日	
		検査結果 (AHI)			回/時	検査結果 (AHI)			回/時						
	(3)	睡眠時無呼吸の型について	(閉塞性) / (中枢性) / (混合型) いずれかに○印をつけてください												
病状についての説明内容、治療方針についての説明内容 (マウスピース治療の有無や、CPAP治療の有無など) を以下にご記載ください															
⑨発病時期	貴院診断傷病名の発病時期はいつ頃と考えられるでしょうか。														
	発病時期	西暦 年 月 日 頃													
	上記、発病時期を判断いただいた理由														
上記のとおり証明いたします。															
所在地															
病院または診療所 電話番号															
名称															
証明日 年 月 日															
診療科															
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。