

入院・手術・通院等証明書（診断書）＜A＞



なないろ生命保険株式会社 行

1. 氏名	(カルテ番号)		男 女	生年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日																											
2. 傷病名	ア.入院・治療の原因(契機)となった傷病名		※糖尿病性○○・外傷性○○は、傷病名に明記願います		傷病発生年月日 年 月 日		今回傷病の受診契機 年 月 日(頃)																												
	イ.ア.を引き起こした直前の疾病 や損傷・事故				傷病発生年月日 年 月 日		□他院・前医の受診時期・…………… □検診・健診指摘の時期・…………… □その他・…………… ※□を選択し最も古い時期をご記入ください																												
	ウ.入院中に治療を行った併存疾病・ 合併症(入院加療の必要あり)				傷病発生年月日 年 月 日																														
	エ.病名告知	本人(親権者)には(年 月 日)頃に傷病名を()と告げた。																																	
	オ.骨折の場合(病的骨折・脆弱性 骨折・軟骨骨折を含む)	骨の名称					骨折診断日	年 月 日																											
3. 前医	有 無	医療機関名			治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日																														
4. 既往症	有 無	傷病名			医療機関名: 当院()科・他院名() 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日																														
5. 新生物・腫瘍	病理組織学的 検査	有	病理組織診断名		T N M分類 (pTNM)	診断確定日		年 月 日																											
		無	病理組織診断がない場合 合診断根拠となった検査		細胞学的検査 内視鏡検査 C T / M R I その他()	検査日	年 月 日																												
	子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)の場合		CIN1(軽度異形成) CIN2(中等度異形成) CIN3(高度異形成) CIN3(上皮内癌) 不明				診断確定日	年 月 日																											
	消化管間質腫瘍(GIST)のリスク分類		超低リスク 低リスク 中間リスク 高リスク 不明 ⇒ 推定される腫瘍径3方向のうち				診断確定日	年 月 日																											
	胸腺腫の正岡病期分類		I 期 II 期 III 期 IVa 期 IVb 期 不明 最大径()mm				診断確定日	年 月 日																											
6. 治療 期間	当院初診日 年 月 日							今後の治療予定等																											
	入院	第1回目		年 月 日 ~ 年 月 日				退院 入院中 転科	I 治療																										
		第2回目		年 月 日 ~ 年 月 日				退院 入院中 転科	II 要通院・転医通院																										
		上記のうち、正常分娩のために公的医療 保険制度が適用されない入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日					III リハビリ通院																										
		上記以外の入院があれば、入院日・退院日をご記入願います(入院中の場合、入院中もしくは転科をご記入願います)								IV 転医入院																									
通院 (往診 含む)	年 月	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	計	日	V 手術予定あり
	年 月	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	計	日	VI 放射線予定あり
	年 月	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	計	日	VII 抗がん剤予定あり
	上記以外の通院年月日									VIII 死亡退院																									
7. 手術	表より番号を選択 ↓	種類	①開頭術 ②穿頭術 ③開胸術 ④開心術 ⑤胸腔鏡下手術 ⑥開腹術 ⑦腹腔鏡下手術 ⑧眼科レーザー手術 ⑨ファイバースコープ手術 ⑩血管カテーテル手術 ⑪バスケットカテーテル手術 ⑫その他()																																
	種類	診療報酬区分番号		手術名(できるだけ具体的に術式をご記入願います)											手術部位		手術日																		
	①~⑫	K	(区分番号)	(項目)												□左 □右 □両側		年 月 日																	
	①~⑫	J	(区分番号)	(項目)												□左 □右 □両側		年 月 日																	
	第3回目以降の手術があれば、種類・診療報酬区分番号・手術名・手術部位・手術日をご記入願います																																		
8. 放射線治療 がん温熱療法	診療報酬区分番号		照射法(部位)											治療実施日(期間)																					
	M	(区分番号)	(項目)												開始 終了 年 月 日																				
9. 先進 医療 等	技術名	厚生労働大臣が定める(□先進医療 □患者申出療養) 該当するものにチェックを入れてください											治療期間		開始 終了 年 月 日																				
	技術料	円 × 回 (受療者が支払った技術料のみご記入願います)											療養計画期間		年 月 日 ~ 年 月 日																				
	2回以上の先進医療等があれば、技術名・技術料・治療期間・療養計画期間をご記入願います																																		
10. 保険に関する請求行為を理解する能力の有無 (有)・(無)・不明																																			
上記のとおり証明します。所在地 年 月 日 病院または診療所の 名 称 診療科名 電話番号 医師氏名 印																																			

※原文の複写またはコピーの場合はそれぞれに捺印願います。

L I A J 0 6 5 - N 0 1 - 2 0 2 5 0 9

入院・手術・通院等証明書（診断書）＜A＞ ご記入にあたってのお願い

項目		解説・注意点
2	ア.入院・治療の原因(契機)となった傷病名	<p>■原因となった傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)と傷病の発生年月日を記入ください。</p> <p>■原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入ください。</p> <p>■「新生物・腫瘍」の場合は5項も記入ください。</p>
	イ.ア.を引き起こした直前の疾病や損傷・事故	■ア.を引き起こした直前の疾病や事故(交通事故・転落等)があれば記入ください。複数ある場合は、すべて記入ください。
	ウ.入院中に治療を行った併存疾病・合併症(入院加療の必要あり)	■入院中に併発した疾病・合併症のうち、入院加療が必要であった傷病について記入ください。複数ある場合はすべて記入ください。
	エ.病名告知	■患者様ご本人(親権者含む)への病名告知がある場合、告知日と告知した傷病名を記入ください。前医(貴院他科含む)で告知している場合は、告知した医療機関名も記入ください。
	オ.骨折の場合	■骨折(病的骨折・脆弱性骨折・軟骨骨折などすべての骨折を含む)の場合、骨の名称と診断日を記入ください。
	今回傷病の受診契機	■該当する□に✓のうえ、最も古い時期を記入ください。
3	前医	■ア.の前医があれば記入ください。ない場合は「無」に○を記入ください。
4	既往症	■既往症の有無、傷病名、医療機関名、治療期間を記入ください。複数ある場合はすべて記入ください。
5	新生物・腫瘍	<p>■病理組織学的検査の実施有無を記入ください。「有」の場合、病理組織診断名、TNM分類、診断確定日を記入ください。「無」の場合、診断根拠となった検査に○を記入ください。「その他」の場合には、具体的な検査名を記入ください。また、検査結果、検査日を記入ください。</p> <p>■子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)、消化管間質腫瘍(GIST)、胸腺腫の場合は該当するものに○と診断確定日を記入ください。</p>
6	当院初診日	<p>■貴院におけるア.の傷病に関する最初の診療日を記入ください。</p> <p>■貴院他科での診療を含めて記入ください。</p>
	入院	<p>■入院料を算定した期間を記入ください。入院が1日の場合は、入院日と退院日に同日を記入ください。入院中の場合には、退院日は証明日と同一の日付を記入のうえ、「入院中」に○を記入ください。</p> <p>■3回目以降の入院がある場合、汎用欄に「入院日」「退院日」を記入ください。</p>
	通院(往診含む)	<p>■今回の治療に伴う貴院の通院日(往診日を含む)を記入ください。</p> <p>■通院日が記載しきれない場合、「上記以外の通院年月日」欄に記入ください。</p> <p>■治療を伴わない薬剤の購入、受取のみの通院や通院予定日は含みません。</p>
	今後の治療予定等	■該当するものに○を記入ください。
7	種類	■①～⑫のいずれか該当するものを記入ください。「⑫その他」の場合には、具体的な手術種類を記入ください。
	診療報酬区分番号	■「K」か「J」のいずれかに○を記入のうえ、該当の診療報酬区分番号を記入ください。
	手術名	<p>■診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入ください。</p> <p>■3回目以降の手術がある場合、汎用欄に「種類」「診療報酬区分番号」「手術名」「手術部位」「手術日」を記入ください。</p>
	手術部位	■左右がある臓器・部位の場合は、該当する□に✓を記入ください。
	手術日	■診療報酬点数表において「手術料」が一連の治療過程につき1回のみ算定される手術は、同一手術欄にすべての手術日を記入ください。
8	放射線治療 がん温熱療法	■放射線治療、がん温熱療法を実施された場合、「診療報酬区分番号」「照射法(部位)」「治療実施日(期間)」を記入ください。
9	先進医療等	<p>■該当する□に✓のうえ、技術名・治療期間・技術料・療養計画期間を記入ください。</p> <p>■「療養計画期間」には、療養開始にあたっての医師による療養に関する計画に基づく治療期間を記入ください。なお、療養を受けた日現在に、公的医療保険制度に定められる「療養の給付」に関する規定において給付対象となっている療養は除きます。</p> <p>■2回以上の先進医療等があれば、汎用欄に「技術名」「技術料」「治療期間」「療養計画期間」を記入ください。</p>
10	保険に関する請求行為を理解する能力の有無	■患者様が、給付金を請求し受け取る行為の意味を理解できる場合は「有」に○を、理解できない場合は「無」に○を、不明の場合は「不明」に○を記入ください。

※入院、手術、通院等が多数回となり汎用欄に記載しきれない場合、別紙に記入ください。その際は、汎用欄に「別紙あり」と記入ください。
(別紙に診断書と同一の証明印を押印ください)