

# 入院・手術・通院等証明書（診断書） <C>



なないろ生命保険株式会社 行

<b>1. 氏名</b>	カルテ番号 ( )	男 女	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
<b>2. 傷病名</b>	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			傷病発生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 他院・前医の受診時期 <input type="checkbox"/> 検診・健診指摘の時期 <input type="checkbox"/> 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	
<b>3. 前医</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名	治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
<b>4. 既往症</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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				
<b>5. 治療期間</b>	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		<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転科	Ⅰ 治療	
		第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転科		
		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					Ⅱ 要通院・転医通院
	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)					Ⅲ リハビリ通院	
	通院(往診含む)	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	計 日	左記以外の通院年月日	Ⅳ 転医入院 Ⅴ 手術予定あり Ⅵ 死亡退院	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	計 日			
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	計 日			
		上記の通院日のうちリハビリテーション料が算定された通院日は以下に○(マル)をご記入願います					
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	計 日			
年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	計 日				
<b>6. 手術</b>	表より番号を選択	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) ( )		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日		
	①~⑫	K - (区分番号) - (項目) ( )		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 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							
<b>7. 先進医療等</b>	技術名	厚生労働大臣が定める ( <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 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 年 月 日 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	
<b>8. 脳塞栓症</b>	該当するものに○(マル)をご記入願います		<input type="checkbox"/> 脳梗塞に至らなかったもの		<input type="checkbox"/> 脳梗塞と診断されたもの		
<b>9. 椎骨動脈瘤 椎骨動脈解離</b>	V=vertebral artery	左	<input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	右	<input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4		
<b>10. 脳動脈瘤</b>	脳動脈瘤が破裂したと診断した日				診断日 年 月 日		
<b>11. 慢性腎不全</b>	慢性腎臓病(CKD)重症度分類	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3a <input type="checkbox"/> G3b <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5 <input type="checkbox"/> 不明	診断日		年 月 日		
	人工透析療法の実施状況	透析の種類	<input type="checkbox"/> 腹膜透析 (回数 /週) (1回 時間) <input type="checkbox"/> 血液透析		開始日 年 月 日		
<b>12. 食道静脈瘤 胃静脈瘤</b>	食道静脈瘤または胃静脈瘤が破裂したと診断した日				診断日 年 月 日		
<b>13. 糖尿病のうち 眼合併症を伴うもの</b>	裸眼視力	矯正視力	矯正不能の場合はその理由、および症状の固定時期				
	左眼... [ ] 右眼... [ ]	[ ]	症状固定時期 年 月 日頃				
<b>14. 大動脈瘤 解離性大動脈瘤</b>	大動脈瘤または解離性大動脈瘤が破裂したと診断した日				診断日 年 月 日		
<b>15. 保険に関する請求行為を理解する能力の有無</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明						
上記のとおり証明します。病院または診療所の所在地					年 月 日		
名称 診療科名 電話番号 (介護老人保険施設は該当しません)					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 3 - 2 0 2 5 0 9

入院・手術・通院等証明書（診断書）＜C＞ 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	■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。 ■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。
	イ.ア.を引き起こした直前の疾病	■ア.を引き起こした直前の疾病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	当院初診日	■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。 ■貴院他科での診療を含めて記入ください。
	入院	■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。 ■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。
	通院(往診含む)	■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。 ■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。 ■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。 ■通院日のうち、公的医療保険制度による「リハビリテーション料」が算定された通院日を記入ください。
	今後の治療予定等	■該当するものに○を記入ください。
6	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	■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。 ■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。
	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。
7	先進医療等	■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。 ■実施回数が複数回の場合、技術料を分けて記入ください。 ■「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。
8	脳塞栓症	■脳梗塞の状況について、どちらかに○を記入ください。
9	椎骨動脈瘤、椎骨動脈解離	■病変部位の高さについて、「V1～V3(頭蓋外)」「V4(頭蓋内)」のいずれかに○を記入ください。
10	脳動脈瘤	■脳動脈瘤が破裂したと診断した日付を記入ください。
11	慢性腎不全	■慢性腎臓病(CKD)重症度分類についていずれかに○と診断日を記入ください。 ■人工透析療法の実施状況についていずれかに○と詳細、開始日を記入ください。
12	食道静脈瘤、胃静脈瘤	■食道静脈瘤または胃静脈瘤が破裂したと診断した日を記入ください。
13	糖尿病のうち眼合併症を伴うもの	■左眼、右眼それぞれの裸眼視力と矯正視力を記入ください。 ■矯正不能の場合はその理由および症状固定の時期について記入ください。
14	大動脈瘤、解離性大動脈瘤	■大動脈瘤または解離性大動脈瘤が破裂したと診断した日を記入ください。
15	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)