



# 入院・手術・通院等証明書（診断書）＜D 睡眠時無呼吸症候群用＞

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	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 (G47.3) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群疑い		治療期間	初診日: ( ~ 年 年 月 月 日 日 )																															
			転帰	治癒 転院	治療中 その他 ( )	経過観察中																													
3. 入院	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日		退院	入院中	転科	左記以外の入院期間(貴院以外も含む)があればご記入ください。																													
4. 前医・紹介医	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医療機関名	治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日																																
5. 初診時詳細	発症から受診までの経過(前医紹介・主訴等)についていずれかにチェックまたは詳細をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 前医から、治療・検査を勧められた <input type="checkbox"/> 家族から、いびき・無呼吸等を指摘された <input type="checkbox"/> 患者様の自覚症状 <input type="checkbox"/> その他(備考・詳細): [ ]																																		
6. 入院経緯詳細	在宅簡易検査施行	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒ 「有」の場合、検査日: 年 月 日	検査結果(AHI): _____ 回/時																																
	3. の入院契機	<input type="checkbox"/> 医師の指示(指示日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 患者様希望 ※患者様希望の場合、右欄のいずれかにチェックならびに記載をお願いします。 →	<input type="checkbox"/> 入院で検査等を行う必要があった(指示日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 外来による検査等を指示するも、患者様の希望により入院した																																
	3. の入院に至った経緯・目的の詳細																																		
7. 検査治療	入院時に実施した検査・診療の内容	<input type="checkbox"/> 診断のための検査( <input type="checkbox"/> PSG <input type="checkbox"/> 簡易モニター) <input type="checkbox"/> CPAP導入時(後)の調整 <input type="checkbox"/> 治療の効果測定のための検査 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群の治療(治療内容: ) <input type="checkbox"/> その他( )																																	
	「睡眠時無呼吸症候群」の診断確定有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒ 「有」の場合、睡眠時無呼吸症候群と初めて診断確定された日: 年 月 日																																	
	診断根拠	・検査日: 年 月 日 ・検査内容: <input type="checkbox"/> PSG <input type="checkbox"/> その他( )	・検査結果(AHI): _____ 回/時 ・重症度: <input type="checkbox"/> 正常(AHI<5) <input type="checkbox"/> 軽症(5≤AHI<15) <input type="checkbox"/> 中等症(15≤AHI<30) <input type="checkbox"/> 重症(30≤AHI)																																
	患者様への結果・病状、退院後の治療内容・方針(経過観察、マウスピース作成要否、CPAP治療要否など)にかかるご説明内容の詳細	・ご説明日: 年 月 日 ・病名告知: 本人(親権者)には傷病名を( )と告げた。 ・他院への紹介: <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒ 「有」の場合、医療機関名: ・ご説明内容詳細(退院後の治療内容・方針: 治療不要・経過観察、マウスピース・CPAP治療の有無、他院への紹介内容など)																																	
	入院中の治療の有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒ 「有」の場合、実施された治療内容: <input type="radio"/> 手術 <input type="radio"/> マウスピース治療 <input type="radio"/> CPAP治療 <input type="radio"/> その他( )																																	
	※上記で手術に○をした場合	表より番号を選択 種類	①直視下	②内視鏡下	③喉頭直達鏡下	④その他	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)	手術日																									
		①~④	(K) (区分番号) (項目)					年 月 日																											
第2回目以降の手術があれば、種類・診療報酬区分番号・手術名・手術日をご記入願います。																																			
8. SAS 既往歴	3. の入院以前の「睡眠時無呼吸症候群」の診断有無		<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒ 「有」の場合、診断確定日: 年 月 日 (自院) (他院)																																
※有の場合、診断から3.の入院までの経過をご記入ください。																																			
9. 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	左記以外の通院年月日
	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	
	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	
10. 保険に関する請求行為を理解する能力の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明																																			
病院または診療所の所在地 上記のとおり証明します。 年 月 日																																			
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 4 - 2 0 2 6 0 3