

## ～ご担当の先生へ～

### 「入院・手術・通院等証明書（診断書）」作成のお願い

「入院・手術・通院等証明書（診断書）」は、入院給付金等のお支払を判断させていただくうえで必要な書類であり、また患者様に対して迅速にお支払いするうえでも極めて大切な書類です。

お忙しい事と拝察いたしますが、正確なご記入をよろしくお願い申し上げます。

#### ◆ ご記入にあたって

- 記入例および説明を裏面に掲載しておりますのでご参照ください。
- 訂正が生じた場合、必ず証明印による訂正印を押印ください。
- ご記入いただいた内容に不明な点がある場合には、当社からお電話等で照会・確認させていただくことがございます。
- ご病状の経過等について、担当者がお伺いし、確認させていただくことがございます。



記入例

これは記入見本につき架空の例です

提出先: アクサ生命保険株

氏名		フリガナ <b>アクサ ハナコ</b> <b>アクサ 花子</b>		カルテ番号	123456		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	令和 11年 1月 11日																						
A	1. 傷病名	傷病名 <b>脳卒中</b>				傷病発生年月日	令和 2年 1月 11日		診断日	令和 2年 2月 5日																						
	ア. 治療入院の原因となった傷病名	①パーキンソン病 ②③右肺癌 [ICD-10コード ① G209 ②③ C343]				患者申告	2年 1月 11日		医師推定	2年 2月 5日																						
	イ. 原因	<b>脳卒中</b>				ICD-10コード	1640		患者申告	2年 2月 3日																						
C	ウ. 入院中に治療した合併症	入院の必要有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 傷病名 <b>糖尿病</b>				傷病発生年月	2年 2月頃		入院治療期間	2年 2月 3日 ~ 2年 3月 23日																						
D	エ. アイのいずれかが「急性心筋梗塞」の場合	今回の初診日から60日時点で労働の制限を引き続き必要としますか。				<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要																										
	オ. アイのいずれかが「脳卒中」の場合	今回の初診日から60日時点で中枢神経系後遺症はありますか。				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		左片麻痺																								
F	2. 傷病名が悪性新生物または上皮内新生物の場合	診断確定日	令和 2年 3月 2日		T (4) N (3) M (1)	浸潤性 上皮内癌 <b>その他</b>		転移	再発																							
	検査方法	CT・MRI		最終病理組織診断名または検査結果 <b>非小細胞癌</b>				再発	21年 10月頃																							
G	3. 治療期間	初診 2年 2月 3日 ~ 2年 6月 30日				終診		現在加療中																								
G	4. 入院	1回目	2年 2月 3日 ~ 2年 3月 23日		退院 入院中 日帰り入院		退院理由・退院時の状況等																									
	入院期間	2回目	2年 4月 15日 ~ 2年 4月 30日		退院 入院中 日帰り入院		治療 <b>要通院</b>																									
	3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください。	<b>化学療法のため3回目入院を行う ③令和2年6月9日-6月25日</b>				放射線 死亡 退院																										
	入院期間	診療報酬点数表上の算定				集中治療室管理の期間																										
	集中治療室管理の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> その他				1回目 2年 2月 4日 ~ 2年 2月 6日																										
		<input checked="" type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料				2回目 2年 4月 20日 ~ 2年 4月 24日																										
		<input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料																														
		<input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料																														
		<input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料																														
H	5. 前医または紹介医	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名) <b>〇 △ 病院</b>				(初診時期) 2年 2月 3日頃																										
I	6. 既往症持病	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (傷病名) <b>糖尿病/白内障</b>				(受療期間) 24年 10月頃 ~ 26年 11月頃																										
J	7. 手術	1. ~12.のいずれかの番号をご記入ください。				1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術(含開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. レーザー手術 8. ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療 9. 経皮的 10. 経尿道的 11. 経膈的 12. その他( )																										
	今回の傷病に関して実施した全ての手術	筋骨関係の手術の場合 ⇒ ア. 観血 イ. 非観血 植皮術・筋皮弁術の場合 ⇒ ウ. 25cm <sup>2</sup> 以上 エ. 25cm <sup>2</sup> 未満				穿頭術の場合 ⇒ オ. 新たな穿頭 カ. 既存の穿頭孔を使用 口腔内手術の場合、顎骨への操作 ⇒ キ. 及ぶ ク. 及ばない																										
		手指指節の手術の場合、MP関節を含めて中枢側に ⇒ ケ. 及ぶ コ. 及ばない				骨内異物除去術の場合 ⇒ サ. 抜釘 シ. その他																										
		筋、腱、靭帯、関節内の切断・切開・縫合 ⇒ ス. 伴う セ. 伴わない / カテーテル手術の場合 ⇒ ソ. 四肢 タ. 頭頸部・躯幹(腸胃動脈・鎖骨下血管含む)				子宮・子宮付属器の手術の場合、子宮または卵巣を ⇒ チ. 全摘 ツ. 全摘以外																										
	種類	手術名(気管切開、ステント留置、TAE、持続的ドレナージ、腹腔灌流、シャント術等含む)				手術日																										
	12	<b>アス テブリードマン</b>				左右で一对となる部位・臓器の場合 ⇒ 右 左 両側 (令和) 平成) 2年 2月 4日																										
	8	<b>タ 胸腔ドレナージ</b>				左右で一对となる部位・臓器の場合 ⇒ 右 左 両側 (令和) 平成) 2年 4月 20日																										
	3回目以降の手術があれば、手術名、手術日、手術種類、手術内容等をご記入ください。	<b>8 中心静脈栄養用埋込型カテーテル留置(頭頸部)k-618 令和2年6月18日</b>																														
K	8. 先進医療	NKT細胞を用いた免疫療法				特定承認医療機関 (令和) 平成) 10年 4月 1日		となった承認日																								
	治療の実施日	令和 2年 4月 25日 ~ 令和 年 月 日				実施回数 1回		技術料 22,000.00円																								
L	9. 放射線治療および温熱療法	放射線または温熱療法の名称 <b>体外照射 定位照射 温熱療法 IMRT</b>				診療報酬等の算定 M-(001-2) 先進医療		部位 <b>大脳</b>		照射期間		総線量																				
		開始 2年 4月 20日				終了 2年 4月 30日		50 Gy																								
M	10. 通院	1. 傷病での通院治療日(往診含む)に〇印をつけてください。(妊娠・分娩による通院の場合は公的医療保険適用日のみご記入ください)																												合計	1日	
	2年 7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
	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
	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
	11. 後遺障害(最終診断時点)	<b>視力喪失</b> 言語機能喪失 咀嚼機能喪失 全介助状態 対麻痺 その他( )																														
	上記のとおり証明します。	所在地 <b>東京都港区白金〇-〇-〇</b>				(証明日) 令和 2年 8月 30日		病院または診療所の名称 <b>アクサ病院</b>					診療科 <b>外科 △△-□□□□-〇〇〇〇</b>					医師氏名 <b>亜草 太郎</b>														

はコピーの場合はそれぞれに捺印してください。黒インクまたは黒ボールペンでお願いします。訂