

入院・手術等証明書（診断書）

アクサ生命保険株式会社 御中

1. 氏名		カルテ番号 ()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦	年	月	日														
2. 傷病名					傷病発生年月日																		
7. 入院・手術等の原因となった傷病名					西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告														
4. 7.の原因となった傷病名や事故					西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告														
7. 合併症					西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告														
I. 7.の治療期間		初診日 西暦			年	月	日	～	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 最終 <input type="checkbox"/> 加療中										
3. 主訴、受診の契機		症状出現または健診時期		西暦		年	月	日	受診の契機 <input type="checkbox"/> 自覚症状が出現 <input type="checkbox"/> 健康診断等での異常指摘 <input type="checkbox"/> 前医からの紹介 <input type="checkbox"/> 主訴なし（健康診断・人間ドック目的） <input type="checkbox"/> その他（)														
4. 前(々)医又は紹介医	<input type="checkbox"/> 有	治療期間	西暦		年	月	日	～	年	月	日	傷病名	医療機関名										
	<input type="checkbox"/> 無	西暦	年		月	日	～	年	月	日													
5. 入院期間 ※妊娠・分娩に対する入院の場合は、公的医療保険が適用される入院期間をご記入ください。																							
第1回目	西暦		年		月		日		～	西暦	年		月		日		<input type="checkbox"/> 生存退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中						
第2回目	西暦		年		月		日		～	西暦	年		月		日		<input type="checkbox"/> 生存退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中						
第3回目以降																							
日帰り入院	西暦		年		月		日		※入院基本料または短期滞在手術等基本料1が算定されている入院をご記入ください。														
6. 在宅療養期間																							
第1回目	西暦		年		月		日		～	西暦	年		月		日		※医師の指示により入通院によらず自宅等で治療に専念した期間を、ご記入ください。						
第2回目	西暦		年		月		日		～	西暦	年		月		日								
第3回目	西暦		年		月		日		～	西暦	年		月		日								
7. 今回の傷病に関して実施した手術	※1 種類		1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術 4.胸腔鏡 5.開腹術 6.腹腔鏡 7.経皮的 8.経尿道的 9.経腔的 10.レーザー 11.ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテル 12.その他		※2 内容		・植皮・筋皮弁術の場合、25平方センチメートル（A.以上・B.未満） ・手足指の手術の場合、MP関節を含めて中枢側に施術が（C.及び・D.及ばない） ・軟部腫瘍摘出術の場合、筋・腱・靭帯および神経に施術が（E.及び・F.及ばない）																
	↑ ↓ ※1, ※2より該当する番号・記号をそれぞれの回答欄に入力願います。																						
	種類	内容	診療報酬点数区分		手術部位		手術名				手術日												
			<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J	- ()		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側	<input type="checkbox"/> 親血 <input type="checkbox"/> 非親血				西暦		年	月	日								
			<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J	- ()		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側	<input type="checkbox"/> 親血 <input type="checkbox"/> 非親血				西暦		年	月	日								
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J	- ()		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側	<input type="checkbox"/> 親血 <input type="checkbox"/> 非親血				西暦		年	月	日									
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J	- ()		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側	<input type="checkbox"/> 親血 <input type="checkbox"/> 非親血				西暦		年	月	日									
8. 放射線照射		部位	区分		M - ()	期間	西暦		年	月	日	～	年	月	日								
9. 先進医療・患者申出療養		技術の名称								技術料	円												
		実施日(期間)	西暦		年		月		日		～	年	月		日		実施回数	回					
10. 頸部症候群・腰痛の場合		他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等)により認められる異常所見の有無について				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合、その詳細																
11. 脳卒中の場合		脳卒中の初診日からその日を含めて60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合、その詳細																
12. 急性心筋梗塞の場合		急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態が継続していましたか。(労働の制限とは、軽労働や作業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																	
13. 悪性新生物・高度異形成・上皮内新生物の場合		病理組織診断名	[T N M]							診断確定日	西暦			年	月	日							
		形態コード	「国際疾病分類-腫瘍学 第3版」に記載された5桁の形態コードをご記入ください。				/	種類	<input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 上皮内癌または非浸潤癌 <input type="checkbox"/> その他														
		診断までに施行された検査	検査日	西暦		年		月		日		検査結果の判明日	西暦		年		月		日		検査の種類	検査結果の概要(診断名等)	
			西暦	年		月		日		西暦	年		月		日				病理組織学的検査				
			西暦	年		月		日		西暦	年		月		日				細胞学的検査				
西暦	年		月		日		西暦	年		月		日											
抗がん剤		医薬品の添付文書に記載の日本標準商品分類番号の上4桁が"8742"である腫瘍用薬による治療期間をご記入ください。							西暦						年	月	日	～	年	月	日		
上記のとおり証明します。														証明日	西暦		年	月	日				
病院または診療所の所在地		名称		電話番号		医師氏名							(印)										

1. ご記入の際は、黒インクをお願いします。訂正の場合、必ず証明印による訂正印をお願いします。

CS2404-088 LIAJ002-R01-202404

2. 原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに捺印してください。