

入院・手術等証明書（診断書）

アクサダイレクト生命保険株式会社 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					
イ.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					
ウ.合併症					西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告					
エ.7.の治療期間		初診日 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日			<input type="checkbox"/> 終診 <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			<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（ ）									
		受診の契機												
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	治療期間	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"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 死亡退院 <input type="checkbox"/> 転院				
第2回目	西暦	年	月	日	~	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 生存退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 死亡退院 <input type="checkbox"/> 転院				
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.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.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.及ぶ・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.及ぶ・F.及ばない）		上記※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"/> 算定なし	- ()	<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"/> 算定なし	- ()	<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"/> 算定なし	- ()	<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"/> 算定なし	- ()	<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、軽労働や座業はできるが、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	検査結果の判明日		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									

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

CS2010-088 LIAJ059-B01-202003