

入院・手術・通院等証明書（診断書） -A

(提出先) FWD生命保険株式会社

1	氏名	カルテ番号 ()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦)	年 月 日																								
2	②入院(手術)の契機 となった傷病名	ICD-10コード	診断確定日(西暦)		傷病発生年月日(西暦)																									
			年 月 日	年 月 日	年 月 日																									
2	④ ⑦の原因		年 月 日		年 月 日																									
			年 月 日	年 月 日	年 月 日																									
2	③入院中に治療を行った 合併症(入院加療が必要)	診断確定日(西暦)	⑤の治療開始日(西暦)		⑥の治療終了日(西暦)																									
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																									
3	治療期間	初診(西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日		*加療中の場合は終了日は不要です																									
		入院期間 (西暦)	第1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中	入院を指示した日 年 月 日																								
			第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中	入院を指示した日 年 月 日																								
(第3回目以降の入院があれば、入院日・退院日を記入してください。入院の場合は、現在入院中と付記ください。)																														
4	病理組織学的 検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病理組織診断名を記入してください(コルポ組織診を含む)			診断確定日(西暦)																								
		(コルポ組織診の場合) CIN: <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II・ <input type="checkbox"/> III				年 月 日																								
	上記以外の 検査	<input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> CT-MRI <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> その他()			診断結果	診断日(西暦)																								
						年 月 日																								
	種類	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他()	新生物種類の 種類 <input type="checkbox"/> 上皮内癌・非浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性・その他 <input type="checkbox"/> 不明	大腸がんの 深達度	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM以深																									
TNM分類	T() N() M()	腫瘍学コード	M - / <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 6, <input type="checkbox"/> 9																											
本人への 悪性告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	告知日 (西暦)	年 月 日	告知病名																										
5	手術 診療報酬 点数区分	KコードまたはJコード	手術名	手術日(西暦)	手術の指示日(西暦)																									
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J		年 月 日	年 月 日																									
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J		年 月 日	年 月 日																									
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J		年 月 日	年 月 日																									
		点滴注射(G004)の算定有無(熱中症の場合)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	初回実施日(点滴注射ありの場合)	年 月 日																									
6	通院治療日	通院年月	②の傷病での通院治療日に○印をつけてください。(経過観察のための診察や検査のみで、治療行為を伴わない受診は含みません。)																											
		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																									
		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																									
7	急性心筋梗塞 の場合	急性心筋梗塞の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、軽労働・座業以上の労働制限が必要とされていましたか?			<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要																									
8	脳血管疾患 の場合	脳血管疾患の発病日(初診日)からその日を含めて180日以上、あるいは60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な後遺症が継続していましたか?			<input type="checkbox"/> はい: 180日以上 <input type="checkbox"/> はい: 60日以上 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合: 後遺症を記入ください。																								
9	先進医療	治療の種類																												
		治療期間(西暦) 実施回数	治療期間:	年 月 日 ~	年 月 日																									
		特定承認医療機関 承認取得日	年 月 日	受領者負担となる 先進医療技術料	円																									
10	放射線治療 および 悪性新生物 温熱療法	照射内容	部位	総線量			Gy																							
		区分	種類	<input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> 密封小線源 <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他()																										
		M -																												
	期間	開始日(西暦)	年 月 日 ~	終了日(西暦)	年 月 日																									
11	請求意思能力	受療者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できると考えられますか?				<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない																								
上記のとおり証明します						年 月 日																								
病院または 診療所の 所在地		名称および科名				印																								
電話番号		医師氏名																												

追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所に証明印による訂正印を押印願います。封筒に封入・封緘のうえ、ご提出願います。

必ず証明印を押してください。(原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印)

LIAJ038-A04-202407 (V7629)