

入院・手術証明書（診断書）

「入院・手術証明書（診断書）」（以下「診断書」）はお客様に保険金などを迅速にお支払いする上で極めて重要な書類です。
お忙しいことと存じますが、正確なご記入をよろしくお願ひいたします。

お願い

○ご記入にあたって

- ・「ご記入にあたってのご説明」と「記入見本」を「診断書」の左側のページに掲載しておりますのでご参照ください。
- ・「診断書」の各項目に記載しきれない場合は、別紙にご記入いただいても結構です。その際には、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても証明印を押印してください。
- ・ご記入にあたっては、「診断書」の余白や裏面へのご記入はご遠慮ください。
- ・訂正・追記・削除された場合は、医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印を必ず押印してください。
- ・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あります。
- ・この診断書を使用せずに貴院指定の診断書等を使用された場合には、この診断書は、廃棄いただきますようお願ひいたします。

○ご記入が終わりましたら

- ・患者さまにお渡しいただく際には、「ご記入にあたってのご説明」部分を切り取って、「診断書」のみを専用の封筒に入れてお渡しください。患者さまが専用封筒を持参されなかった場合は、貴院の封筒をご使用いただきますようお願ひいたします。
- ・ご不明な点等がございましたら、フリーダイヤル【0120-552-950】にお電話いただき、音声ガイダンスに従い電話機の【4】を押してお問い合わせいただきますようお願ひいたします。当社お客様相談室へ接続されます。

受付時間： 平日 9:00～17:00

（土日休日、12月29日～1月3日を除きます。）

入院・手術証明書(診断書)

(お願ひ)
21
本訂正・追記
書の記入後、
「診断書」は、
のみを専用
下部医師氏名欄
封筒に入れて、
患者さまと同一の印
章をお渡し
ください。
訂正印の押印を必ずお願いします。

1 氏名	カルテ番号()		<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年月日	
2 傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)	傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)					
ア 入院等の治療を行った傷病名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 年月日 <input type="checkbox"/> 异常指摘 入院等の治療を勧めた日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療					
イ アの原因	<input type="checkbox"/> 上記が外因による場合はチェックし、その原因をイ欄にご記入ください。 傷病が複数ある場合は、傷病ごとに番号を付け、どの傷病に対する入院・手術かをご記入ください。					
3 前医紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 治療期間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	医療機関名		
4 診療期間	初診	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 終診		
5 入院期間	第1回入院	上記傷病の番号	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記をご記入ください) 年月日～年月日	
<small>*今回の傷病を原因として入院した期間をご記入ください(入退院日が同一の場合[日帰り入院]もご記入ください)。なお、治療を要しない入院は含みません。</small>						
<small>日帰り入院の場合 入院基本料(DPC・短手3等)の算定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</small>						
<small>第2回入院 上記傷病の番号</small>						
<small>日帰り入院の場合 入院基本料(DPC・短手3等)の算定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</small>						
<small>第3回以降 3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[日帰り入院の場合は入院基本料の算定有無]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。</small>						
分娩による入院の場合	上記入院期間中に健保が適用されない期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	分娩日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
6 今回の傷病に関する実施した手術等	第1回手術	上記傷病の番号	手術名	手術部位	診療報酬点数区分	
<small>分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用</small>						
<small><input type="checkbox"/> (1)開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> (2)開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> (3)開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> (4)経尿道的 <input type="checkbox"/> (5)経膣的 <input type="checkbox"/> (6)内視鏡(喉頭鏡を含む) <input type="checkbox"/> (7)カテーテル(血管カテーテルを含む) (8)前記以外(<input type="checkbox"/> A穿頭術 <input type="checkbox"/> I経皮的 <input type="checkbox"/> Wその他())</small>						
<small>手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術 筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帯)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 自家骨移植術の場合(採骨部位)</small>						
<small>手術内容 悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない <input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合 25cm²以上におよぶ手術</small>						
<small>手術名 手術部位 診療報酬点数区分</small>						
<small>右 <input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 左 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D 両 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> -</small>						
<small>手術日 年月日</small>						
<small>分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用</small>						
<small>手術種類 <input type="checkbox"/> (1)開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> (2)開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> (3)開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> (4)経尿道的 <input type="checkbox"/> (5)経膣的 <input type="checkbox"/> (6)内視鏡(喉頭鏡を含む) <input type="checkbox"/> (7)カテーテル(血管カテーテルを含む) (8)前記以外(<input type="checkbox"/> A穿頭術 <input type="checkbox"/> I経皮的 <input type="checkbox"/> Wその他())</small>						
<small>手術内容 手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術 筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帯)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 自家骨移植術の場合(採骨部位)</small>						
<small>手術名 手術部位 診療報酬点数区分</small>						
<small>右 <input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 左 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D 両 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> -</small>						
<small>手術日 年月日</small>						
<small>分娩による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用</small>						
<small>手術種類 <input type="checkbox"/> (1)開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> (2)開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> (3)開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> (4)経尿道的 <input type="checkbox"/> (5)経膣的 <input type="checkbox"/> (6)内視鏡(喉頭鏡を含む) <input type="checkbox"/> (7)カテーテル(血管カテーテルを含む) (8)前記以外(<input type="checkbox"/> A穿頭術 <input type="checkbox"/> I経皮的 <input type="checkbox"/> Wその他())</small>						
<small>手術内容 手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術 筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帯)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 自家骨移植術の場合(採骨部位)</small>						
<small>手術名 手術部位 診療報酬点数区分</small>						
<small>右 <input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 左 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D 両 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> -</small>						
<small>手術日 年月日</small>						
<small>3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。</small>						
7 放射線治療	放射線名称	<input type="checkbox"/> 電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 体外照射 粒子線治療(<input type="checkbox"/> 重粒子線 <input type="checkbox"/> 陽子線) <input type="checkbox"/> 密封小線源治療 内用療法(<input type="checkbox"/> 甲状腺癌・131I <input type="checkbox"/> 骨転移・89Sr <input type="checkbox"/> リンパ腫・90Y <input type="checkbox"/> 前立腺癌・223Ra) <input type="checkbox"/> その他()				
<small>※温熱療法を含み、血液照射を含みません。</small>						
M					Gy	
L						
8 先進医療	厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名					
実施日(期間)	<input type="checkbox"/> 平成 年月日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年月日	実施回数	回	当該先進医療の届出受理年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年月日	
9 悪性新生物の場合	病理組織診断名	(p)TNM分類 T() N() M() <small>※上皮内癌およびCIN II、IIIを含みます。</small>				
<small>病理組織診断確定日 <input type="checkbox"/> 平成 年月日</small>						
10 今回の傷病にかかる後遺障害	<input type="checkbox"/> 両眼失明 <input type="checkbox"/> 言語/そしゃく機能全廃 <small>※証明日時点の状態をご記入ください。</small> <input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 四肢完全麻痺 <input type="checkbox"/> 片麻痺	<small>左記以外の後遺障害(視野狭窄、手・足・脊柱の障害(手指・足指を含む)等)</small>				
11 告知病名	本人に病名を〔 <input type="checkbox"/> 上欄「2 傷病名」と同じ・ <input type="checkbox"/> 病名 () 〕と告げた。					
12 請求意思能力	現在、本人には保険金等を請求する意思能力がありますか。(現在の状況がご不明(死亡を含みます)の場合はチェック不要です。) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
上記のとおり証明する。	郵便番号	令和 年月日				
病院または診療所名	所在地 名 称 科 名 医師氏名 電話番号					
						印

この証明書は、(株)かんぽ生命保険の保険契約用および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約用です。ご証明いただいた事項につきまして、後日、当社から、照会させていただくことがあります。

診断書へのご記入、ありがとうございました。

- この面には、何もご記入いただかないよう、お願ひいたします。
- 患者さまにお渡しいただく際には、「ご記入にあたってのご説明」部分を切り取って、「診断書」のみを専用の封筒に入れてお渡しください。
- 患者さまが専用封筒を持参されなかった場合は、貴院の封筒をご使用いただきますよう、お願ひいたします。
- この診断書を使用せずに貴院指定の診断書等を使用された場合には、この診断書は廃棄いただきますようお願ひいたします。
- ご不明な点等がございましたら、フリーダイヤル【0120-552-950】にお電話いただき、音声ガイダンスに従い電話機の【4】を押してお問い合わせいただきますようお願ひいたします。当社お客様相談室へ接続されます。
受付時間： 平日 9:00～17:00
(土日休日、12月29日～1月3日を除きます。)