

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」）はお客さま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いいたします。

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・確認させていただきますことがございます。
- ・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いいたします。

○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下さい。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いいたします。
- ・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いいたします。当社お客さま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）	
1氏名	かんば 太郎
2傷病名	①胃癌(原発) ②肝転移
3前医紹介医	△△病院
4診療期間	初診 7年4月1日～7年8月30日
5入院期間	第1回入院 7年4月10日～7年5月15日 第2回入院 7年5月27日～7年7月10日 第3回以降 7年8月1日～8月30日
6今回の傷病に 関して実施した 手術等	①臓器穿孔、組織採取 ②腹腔鏡下胃切除術 (悪性腫瘍手術)
7放射線治療	放射線名称 電磁波温熱療法 定位照射 IMRT 体外照射 粒子線治療(重粒子線陽子線) 密封小線源治療 内用療法(□甲狀腺癌-131I □骨転移-89Sr □リンパ腫-90Y □前立腺癌-223Ra) □その他
8先進医療	実施日(期間) 7年4月10日～7年4月15日
9悪性新生物の場合	病理組織診断名 adenocarcinoma
10今回の傷病にかかる後遺障害	両眼失明 言語／そしゃく機能全廃 歩行不能 四肢完全麻痺 片麻痺
11告知病名	本人に病名を「上欄「2傷病名」と同じ」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。)
その他	郵便番号 000-0000 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町 〇〇番 〇〇号 〇〇〇〇病院 科 〇〇科 医師氏名 郭政 花子 電話番号 000-000-0000

2 傷病名

ア 入院等の治療を行った傷病名

○入院等の治療を行った傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)を全てご記入ください。入院等の治療とは、入院・手術・生検・放射線治療(診療報酬点数表で「放射線料」が算定される電磁波温熱療法を含みます。)*先進医療による治療を指します。

○悪性新生物の場合、原発、再発、転移、播種が分かるときにはその旨をご記入ください。

○外因による場合はチェックボックスにチェックをいし、その原因をご記入ください。外因によるものの明確なエピソードが不明の場合はチェックをした上で、その旨を原因欄にご記入ください。外因が原因でない傷病が含まれる場合は原因を書き分けてご記入ください。

○「入院等の治療を始めた日」欄には、入院・手術・生検・放射線治療(診療報酬点数表で「放射線料」が算定される電磁波温熱療法を含みます。)*のうち最も早く始めた治療の日付を記載し、その治療内容を選択してください。なお、生検の場合は「手術」を選択してください。

◆傷病が複数ある場合

○傷病ごとに番号を付け、「5 入院期間」「6 手術等」欄において、どの傷病に対する入院・手術かをご記入ください。

イ アの原因

○アの原因となった傷病名、傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)をご記入ください(原因が明らかでない場合は「不明」とご記入ください)。

○アの原因となった傷病がケガの場合は受傷原因(交通事故、転落等)をご記入ください。

3 前医 紹介医

○治療期間、医療機関名等お分かりになる範囲でご記入ください。

○治療期間が分からない場合には、前医または紹介医の初診日をご記入ください。

4 診療期間

○貴院における2項ア「入院等の治療を行った傷病名」の傷病に関する最初の診察日をご記入ください(貴院他科での診察を含みます)。

○診断書の証明日時点での診療状況(現在加療中・終診)を選択してください。

7 放射線治療

○照射中の場合は、放射線名称、部位、期間、総線量等、照射済み(照射予定のものは含みません。)*の範囲でご記入ください。

○照射部位が複数ある場合は、部位ごとに期間、総線量等をご記入ください。

8 先進医療

○貴院にて評価療養としての施行が認められている先進医療が否にかかわらずご記入ください。

○「先進医療技術料(減免・助成金額を含みます。)*」には、公的医療保険制度の保険給付の対象となる費用(自己負担部分を含みます。)*、先進医療以外の評価療養のための費用、選定療養のための費用、食事療養のための費用、生活療養のための費用など、先進医療にかかる技術料以外の費用は含みません。

○「当該先進医療の届出受理年月日」には、貴院における当該先進医療の受理年月日をご記入ください。

9 悪性新生物の場合

○今回の傷病が悪性新生物(上皮内癌およびCINII、IIIを含みます。)*の場合に、診断結果をご記入ください。

○病理組織診断を実施した場合は、その診断結果、(p)TNM分類、診断確定日をご記入ください。ただし、病理組織診断、(p)TNM分類は手術欄に記載された手術、生検等と診断、判定されたものをご記入ください。

なお、病理組織診断確定日は生検もしくは手術標本等、いずれか最初に病理の組織診断が確定された日をご記入ください。生検日、手術日、病期の診断確定日ではありませんので、ご注意ください。

○病理組織診断のために生検を行った場合は、生検の内容について、手術欄にご記入ください。

10 今回の傷病にかかる後遺障害

○診断書の証明日時点において、今回の傷病にかかる後遺障害がある場合は、選択肢からチェックしてください。

○選択肢以外の後遺障害がある場合には、その内容をご記入ください。

○後遺障害の状態が固定し、回復の見込みが全くない場合に選択肢をチェックまたは内容欄をご記入ください。

11 告知病名

○本人に病名を告知した場合にご記入ください(ご家族へ告知した場合は、ご記入は不要です。)*。

その他 病院または診療所名

○「病院または診療所」とは、医療法に定める病院または診療所をいいます(介護保険法に定める介護医療院および柔道整復師法に定める施術所を含みます。)*。

5 入院期間

○介護医療院の場合は入所(療養)期間をご記入ください。

○今回の傷病を原因として入院した期間を漏れなくご記入ください(入退院日が同一の場合(日帰り入院)もご記入ください)。

○治療を要しない入院(美容整形等)や、介護老人保健施設への入所(療養)は含みません。

○入院ごとに、現在の状況(現在入院中・退院)を選択し、退院している場合は、退院理由を選択してください。

○入院の原因となった傷病の治療のため貴院内で転科した場合や他院へ転院した場合は、転入院・転科入院を選択してください。なお、介護老人保健施設等へ介護を目的として転院・転所した場合は要療養を選択してください。

○傷病が複数ある場合は、「上記傷病の番号」欄に、どの傷病に対する入院かをご記入ください。

○外来の場合は「入院期間」欄のご記入は不要です。入退院日が同一(日帰り入院)の場合は入院基本料(DPC・短手3等含みます。)*の算定有無をご記入ください。

◆分娩による入院の場合

○上記入院期間中に健康保険が適用されない入院期間がある場合には、その期間をご記入ください。

○上記入院期間中に分娩した場合に、分娩日をご記入ください。

6 手術等

○今回の傷病に関して実施した手術等を全てご記入ください。

実際に施した手術名が、厚生労働省の通知等に基づき、診療報酬の申請で適用した名称と異なる場合は、実際に施した手術名をご記入ください。診療報酬点数区分番号は、診療報酬の申請で適用した区分番号をご記入ください(下記の例示のとおりご記入ください)。

○「切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合(6歳以上)」の場合
正:縫合手術 □医科 □K 000-00-02
誤:創傷処理(筋肉、臓器に達するもの(直径5cm以上10cm未満)) □医科 □K 000-00-02

○分娩による手術でかつ、健康保険が適用されない手術である場合には、「健康保険非適用」欄にチェックしてください。

○診療報酬点数区分番号は下記の例示のとおり7桁でご記入ください(1～3桁目に区分番号、4～5桁目に枝番、6～7桁目に項番をご記入ください。項番内訳(イ・ロ・ハ等)については記入不要です。)*。なお、医科Dコードは生検を実施した場合にご記入ください。

○「肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2cm以内のもの)(腹腔鏡によるもの)」の場合
□医科 □K 697-03-01

○内視鏡には喉頭鏡のほか、気管支鏡、子宮鏡等も含まれます。

○生検は契約によってはお支払対象となるものがあります。開胸・開腹による臓器穿孔、組織採取についてもご記入ください。なお、病理組織診断の結果、悪性新生物と判定した場合は、「悪性組織を摘出した」欄にチェックしてください。

入院・手術証明書（診断書）

(お願い)
2 1

訂正・追記・削除された場合は、下部医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による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"/> 女性	月 日	<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"/> 異常指摘				
		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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 手術 年 月 日 <input type="checkbox"/> 放射線治療				
イアの原因		傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等) <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"/> 異常指摘 年 月 日 <input type="checkbox"/> 事故発生				
3前医紹介医		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療期間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日		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 年 月 日 ~ 年 月 日				<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 年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記もご記入ください)
		第2回入院	上記傷病の番号	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 治療退院 <input type="checkbox"/> 通院、療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院
		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。			
分娩による入院の場合		上記入院期間中に健康保険が適用されない期間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日				分娩日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
6今回の傷病に関して実施した手術等		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
		手術種類		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	手術日
		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関節を含めて中樞側におよぶ手術		
		手術内容		筋骨(骨・関節・筋・腱・靱帯)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)		
		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25cm以上におよぶ手術		
		第2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
		手術種類		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D	手術日
		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関節を含めて中樞側におよぶ手術		
		手術内容		筋骨(骨・関節・筋・腱・靱帯)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)		
		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25cm以上におよぶ手術		
		第3回以降	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。			
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			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	部位	期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日	
		総線量				Gy
8先進医療		厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名	当該先進医療の届出受理年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
		実施日(期間)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日	実施回数	先進医療技術料 円	
9悪性新生物の場合		病理組織診断名	(p)TNM分類		T() N() M()	
		病理組織診断確定日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
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 <input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 四肢完全麻痺 <input type="checkbox"/> 片麻痺				
		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)				
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。		令和 年 月 日				
病院または診療所名		郵便番号 所在地 名称 科 名 医師氏名 電話番号				

印

この証明書は、㈱かんば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、お願いいたします。
- 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てください。
- 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、お願いいたします。
- 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いいたします。
- 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いいたします。当社お客さま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。)