

入院・手術・通院等証明書(診断書)



提出先: アクサ生命保険株式会社

【ガン治療保険・患者申出療養給付保険用】

Main form containing patient information, diagnosis, surgery details, pathology, hospitalization periods, and treatment information.

氏名 フリガナ カルテ番号

9. 手術, 10. 放射線/温熱療法, 11. 先進医療, 12. 患者申出療養, 13. 通院, 14. 後遺障害

上記のとおり証明(診断)します。 (証明日) 令和 年 月 日

～ご担当される先生へ～

《ご記入にあたっての補足説明》

入院・手術・通院等証明書（診断書）は、給付金などを正確・迅速にお支払いするための大切な書類です。お忙しいところ恐れ入りますが、記入上の注意点等をご一読のうえ、ご記入をお願い申し上げます。

○記入欄上の□チェックボックスには、該当項目の□内に✓のチェックをお願いします。

○訂正が生じた場合は、必ず証明印と同一印による訂正印を押印ください。

○記入内容につきましては、弊社よりご照会させていただく場合もございますのでよろしくお願い申し上げます。

項 目		解 説 ・ 注 意 点
1. 傷病名	ア.治療・入院等の原因となった傷病名	<ul style="list-style-type: none"> ●治療・入院などの原因となった傷病名は保険金・給付金のお支払い可否判断のため必要な情報となります。 ●ア・イ以外で入院中に治療した傷病のうち、その傷病単独で入院治療の必要があった傷病があれば、「1項ウ」欄に傷病名、入院治療の必要期間をご記入ください。 ●該当する傷病名が複数ある場合は全てご記入ください。
	傷病発生年月日	<ul style="list-style-type: none"> ●保険契約の保障開始後に発生した傷病などを原因として、治療・入院などをされた場合にお支払い対象となる特約がございます。お分かりになる範囲で傷病発生年月日をご記入ください。不明な場合は「不詳」とご記入ください。
	診 断 日	<ul style="list-style-type: none"> ●アまたはイ欄の傷病名と確定された日をご記入ください。傷病名が悪性新生物・上皮内新生物の場合、「5.病理組織診断」欄もご記入ください。
2. 初 診 日 ・ 終 診 日		<ul style="list-style-type: none"> ●初診日は、貴院における1項アの傷病名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む）
5. 病理組織診断結果		<ul style="list-style-type: none"> ●診断確定日、病理組織診断名をご記入ください。 ●診断確定日は、生検もしくは手術標本など、いずれか最初に病理組織診断が確定された日をご記入ください。（生検日、手術日ではありませんのでご注意ください）。 ●ご証明いただいた診断確定日以前（過去）に罹患され、診断確定されている場合はその発症年月日をご記入ください。 ●病理組織診断結果が無い場合は、診断確定方法をご記入ください。この場合、「診断確定日」は病理組織診断以外の検査などでの診断確定日をご記入ください。 ●2つ以上のガンが発生している場合はそれぞれの診断をご記入ください。
6. 入院	入 院 期 間	<ul style="list-style-type: none"> ●入院が複数回あり、その原因が異なる場合は傷病ごとに入院期間を区分してご記入ください。 ●特定集中治療室管理料が算定された場合、救命救急入院料が算定された場合は、有に○印をご記入いただくか、有とご記入ください。ハイケアユニット入院医療管理料および脳卒中ケアユニット入院医療管理料の場合には、ご記入は不要です。 ●当欄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。別紙にご記入の際は、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても患者様氏名・医師氏名をご記入のうえ、証明印を押印ください。
	妊娠・分娩による入院の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●入院期間中に公的医療保険制度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。 ●入院期間中に分娩した場合には、分娩日をご記入ください。
	緩和ケア病棟入院料、(有床診療所)緩和ケア診療加算算定の入院	<ul style="list-style-type: none"> ●緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算、有床診療所緩和ケア診療加算が算定される入院につきましては、その入院期間をご記入ください。
7. 抗 がん 剤 治 療		<ul style="list-style-type: none"> ●使用された「抗がん剤」について、診療報酬点数表により薬剤料または処方せん料が算定され、公的医療保険制度の対象となる場合のみご記入ください。 ●対象となる「抗がん剤」は、厚生労働大臣が承認する医薬品のうち、次の(1)または(2)のいずれかに該当するものです。 <ul style="list-style-type: none"> (1) 次の㊶および㊷に該当する医薬品 <ul style="list-style-type: none"> ㊶ 医薬品にかかる効能または効果に、被保険者が診断確定されたガンの治療が含まれ、かつ、その効能または効果が厚生労働大臣により認められる医薬品 ㊷ 次の(a)または(b)に該当する医薬品 <ul style="list-style-type: none"> (a) 総務大臣が定める日本標準商品分類において「8742 腫瘍用薬」に分類される医薬品 (b) 世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうち、L01（抗悪性腫瘍薬）、L02（内分泌療法）、L03（免疫賦活薬）、L04（免疫抑制薬）またはV10（治療用放射性医薬品）に分類される医薬品 (2) 次の医薬品 <ul style="list-style-type: none"> オクトレオチド酢酸塩
8. 緩 和 療 養		<ul style="list-style-type: none"> ●使用された「疼痛緩和薬」について、診療報酬点数表により薬剤料または処方せん料が算定され、公的医療保険制度の対象となる場合のみご記入ください。 ●対象となる「疼痛緩和薬」は、厚生労働大臣が承認する医薬品のうち、次の(1)および(2)のいずれにも該当するものです。 <ul style="list-style-type: none"> (1) 医薬品にかかる効能または効果に、被保険者が診断確定されたガンの疼痛緩和が含まれ、かつ、その効能または効果が厚生労働大臣により認められる医薬品 (2) 次の㊸または㊹に該当する医薬品 <ul style="list-style-type: none"> ㊸ オピオイド鎮痛薬（オピオイド受容体に親和性を示す化合物をいいます。） ㊹ 総務大臣が定める日本標準商品分類において「878 麻薬」に分類される医薬品 ●ガン性疼痛緩和以外の目的での疼痛緩和薬使用の場合は記入しないでください。
9. 手 術		<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべてご記入ください。また診療報酬点数表に基づく番号もご記入ください。 ●診療報酬点数表で「処置料」が算定される処置のうち「持続的ドレナージ（穿刺は除く）」はご記入ください。 ●手術の内容については複数選択される場合もございますのであてはまるもの全てをご記入ください。 ●当欄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。別紙にご記入の際は、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても患者様氏名・医師氏名をご記入の上、証明印を押印ください。
11. 先 進 医 療		<ul style="list-style-type: none"> ●貴院にて評価療養として施行が認められている先進医療のみご記入ください。 ●技術料は、受療者の自己負担となる金額のみをご記入ください。
12. 患 者 申 出 療 養		<ul style="list-style-type: none"> ●当該患者の治療に関して実施が認められている患者申出療養のみご記入ください。 ●技術料は、受療者の自己負担となる金額のみをご記入ください。
14. 後 遺 障 害		<ul style="list-style-type: none"> ●最終診察日時点で残存した後遺障害があれば、その詳細を選択またはご記入ください。

※【医療機関関係者様へ】診断書記入上のご不明点は専用ダイヤル(TEL 03-6737-6440)へお願いします。

LIAJ002-E04-202206

Form No.0I0107(8.4) 2022.06