

～ご担当の先生へ～

「入院・手術・通院等証明書（診断書）」作成のお願い

「入院・手術・通院等証明書（診断書）」は、入院給付金等のお支払を判断させていただくうえで必要な書類であり、また患者様に対して迅速にお支払いするうえでも極めて大切な書類です。

お忙しい事と拝察いたしますが、正確なご記入をよろしくお願い申し上げます。

◆ ご記入にあたって

- 記入例および説明を裏面に掲載しておりますのでご参照ください。
- 訂正が生じた場合、必ず証明印による訂正印を押印ください。
- 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ございます。
- ご病状の経過等について、担当者がお伺いし、確認させていただくことがございます。



記入例

これは記入見本につき架空の例です

提出先: アクサ生命保険株

氏名		フリガナ アクサ ハナコ アクサ 花子		カルテ番号 (123456)	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	11年 1月 11日								
A	1. 傷病名	①② 転移性脳腫瘍 ③ 認知症			ICD-10コード [①②C79.3F03]	傷病発生日	2年 1月 11日								
	治療入院等の原因となった傷病名	右肺癌			ICD-10コード C34	診断日	①22年 3月 2日 ②22年 6月 9日								
C	ア.以外の入院中に治療した傷病	傷病名	糖尿病		傷病発生時期	2年 2月 3日 ~ 2年 3月 23日									
D	ア.の理由	今回の初診日から60日時点で労働の制限を引き続き必要としますが。 (「労働の制限」とは、軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます)							要 <input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/>						
E	ア.のいずれかが「急性心筋梗塞」の場合	今回の初診日から60日時点で「有」の場合、詳細をご記入ください。							無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/>						
F	2. 傷病名が 悪性新生物 または 上皮内新生物 の場合	診断確定日	2年 3月 2日		T (4) N (3) M (1)	性診断	原発 <input type="checkbox"/> 転移 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/>								
G	3. 治療期間	1項アの初診日 2年 2月 3日 ~ 2年 6月 30日 終診 <input checked="" type="radio"/> 現在加療中 <input type="radio"/>													
G	4. 入院	1回目	2年 2月 3日 ~ 2年 3月 23日		特定集中治療室管理料	救命救急入院料	<input checked="" type="radio"/> 生存退院 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 入院中								
		2回目	2年 4月 15日 ~ 2年 4月 30日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 死亡退院 <input type="radio"/> 転科 <input type="radio"/> 入院中								
H	5. 前医または紹介医	無 <input checked="" type="radio"/> (医療機関名) <input type="radio"/> 病院 (初診時期) 令和2年 2月 3日頃													
I	6. 既往症持病	無 <input checked="" type="radio"/> (傷病名) <input type="radio"/> 糖尿病 (医療機関名) <input checked="" type="radio"/> クリニック 平成24年 10月頃 ~ 26年 11月頃													
J	7. 手術	1.~12.のいずれかの番号をご記入ください。 1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術(含開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. レーザー手術 8. ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療 9. 経皮的 10. 経尿道的 11. 経膈的 12. その他()													
		種類	1 テ		頭蓋内腫瘍摘出術		手術日	2年 2月 4日							
K	8. 先進医療	NKT細胞を用いた免疫療法													
		治療の実施日	2年 4月 25日		実施回数	1回		技術料	2,200,000円						
L	9. 放射線治療および温熱療法	体外照射		診療報酬等の算定	M-001-2		部位	大脳							
		照射期間	2年 4月 20日 ~ 2年 4月 30日		総線量	50 Gy									
M	10. 通院	1. 傷病での通院治療日(往診含む)に○印をつけてください。(妊娠・分娩による通院の場合は公的医療保険適用日のみご記入ください)												合計	1日
		11. 後遺障害(最終診断時点)													視力喪失
上記のとおり証明します。		所在地	東京都港区白金〇-〇-〇		(証明日)	令和 2年 8月 30日		医師氏名	亜草 太郎						

ご記入にあたっての補足説明

- 証明日までに行われた実際の治療内容等についてご証明ください。
- 証明日、医師氏名（署名）、ご証明印の押印等についても漏れないようお願いいたします。

項目		解説・注意点
1項	A イ.ア.の原因	<ul style="list-style-type: none"> ●入院が複数回あり原因が異なる場合は、傷病名に①②…と番号を付けていただき、それぞれ1回目、2回目…の入院欄にご記入ください。 ●ケガの場合は、受傷原因(交通事故・スキー中転倒など)をご記入ください。
	B 傷病発生年月日 診断日	<ul style="list-style-type: none"> ●お分かりになる範囲で傷病発生年月日(ケガの場合は受傷日)をご記入ください。 ●傷病発生年月日が不明な場合は、「不詳」とご記入ください。 ●診断日は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。
	C ウ・ア・イ以外の 入院中に治療した傷病	<ul style="list-style-type: none"> ●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、傷病名、入院治療の必要期間をご記入ください。
	D 傷病名が 『急性心筋梗塞』 の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●対象となる急性心筋梗塞とは、冠状動脈の閉塞または急激な血液供給の減少により、心筋が壊死に陥った疾病で、原則として以下の3項目を満たすものです。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 典型的な胸部痛の病歴 2. 新たに生じた典型的な心電図の梗塞性変化 3. 心筋細胞逸脱酵素の一時的上昇 ※ 証明日時点で初診日から60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。
	E 傷病名が 『脳卒中』 の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●対象となる脳卒中とは、脳血管疾患のうち「くも膜下出血」「脳内出血」「脳動脈の狭塞」を言い、脳血管の異常(脳組織の梗塞、出血、ならびに頭蓋外部からの塞栓が含まれる)により脳の血液の循環が急激に障害されることによって、24時間以上持続する中枢神経系の脱落症状を引き起こした疾病です。 ●中枢神経系後遺症「有」の場合は、その状態(言語障害、運動失調、麻痺など)についてご記入ください。 ※ 証明日時点で初診日から60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。
2項	F 傷病名が 『悪性新生物』 または 『上皮内新生物』 の場合	<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。
4項	G 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。
5項	H 前医または紹介医	<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関名・初診時期等おわかりになる範囲でご記入ください。
6項	I 既往症・持病	<ul style="list-style-type: none"> ●既往症がある場合、傷病名・医療機関名・受療期間等おわかりになる範囲でご記入ください。 ●複数の医療機関で診断・治療等をされている場合はお手数ですが、その旨を列挙いただきますようお願いいたします
7項	J 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。
8項	K 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。
9項	L 放射線治療 および 温熱療法	<ul style="list-style-type: none"> ●証明日時点にて、実際に照射した内容のみご記入ください。 ●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項	M 後遺障害	<ul style="list-style-type: none"> ●最終診療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。

入院・手術・通院等証明書（診断書）

社外厳秘



提出先: アクサ生命保険株式会社

氏名	フリガナ _____ カルテ番号 _____		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	____年 ____月 ____日	年齢	____年 ____月 ____日																									
1. 傷病名	傷病名 _____ ICD-10コード _____		傷病発生年月日	____年 ____月 ____日		診断日																											
ア	治療入院等の原因となった傷病名		ICD-10コード	____年 ____月 ____日		医師推定 患者申告																											
イ	ア. の原因		ICD-10コード	____年 ____月 ____日		医師推定 患者申告																											
ウ	ア・イ以外の入院中に治療した傷病	傷病名	傷病発生時期	ウ. の傷病単独での入院必要性	ウ. の傷病単独での入院必要期間																												
エ	ア、イのいずれかが「急性心筋梗塞」の場合		今回の初診日から60日時点で労働の制限を引き続き必要としますか。 （「労働の制限」とは、軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます）		要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>																												
オ	ア、イのいずれかが「脳卒中」の場合		今回の初診日から60日時点で中枢神経系後遺症はありますか。		無有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> → 「有」の場合、詳細をご記入ください。																												
2. 傷病名が悪性新生物または上皮内新生物の場合	診断確定日	____年 ____月 ____日	T () N () M ()	性	状	断	大腸の場合は組織学的壁深達度 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM以深																										
3. 治療期間	1項アの初診日		____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日		終診	現在加療中																											
4. 入院	入院期間	1回目	____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日		特定集中治療室管理料	救命救急入院料	生存退院	転院																									
	2回目	____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日		特定集中治療室管理料	救命救急入院料	生存退院	転院																										
	3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」「特定集中治療室管理料の有無・救命救急入院料の有無」を記入ください。																																
妊娠・分娩による入院の場合	上記入院期間のうち、公的医療保険制度が適用されない期間	____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日		分娩日	____年 ____月 ____日																												
5. 前医または紹介医	無有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> → (医療機関名) _____		(初診時期) ____年 ____月 ____日頃																														
6. 既往症持病	無有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> → (傷病名) _____		(医療機関名) _____		(受療期間) ____年 ____月頃 ~ ____年 ____月頃																												
7. 手術	1. ~12.のいずれかの番号をご記入ください。 1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術(含開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. レーザー手術 8. ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療 9. 経皮的 10. 経尿道的 11. 経腔的 12. その他 ()																																
	種類	内容		手術名(気管切開、ステント留置、TAE、持続的ドレナージ、シャント術等含む)				手術日																									
		(1~12)	(A~T)	____				____年 ____月 ____日																									
3回目以降の手術があれば、手術名、手術日、手術種類、手術内容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施行が認められている先進医療のみご記入ください。																																
治療の種類	____		____		実施回数	____回																											
治療の実施日	____年 ____月 ____日		____年 ____月 ____日		先進医療の技術料のみご記入ください。 _____円																												
9. 放射線治療および温熱療法	放射線または温熱療法の名称		診療報酬等の算定		部位	照射期間		総線量																									
	体外照射 定位照射 温熱療法 IMRT		M- ()		____	開始 ____年 ____月 ____日 終了 ____年 ____月 ____日		____ Gy																									
10. 通院	1. の傷病での通院治療日(往診含む)に○印をつけてください。(妊娠・分娩による通院の場合は公的医療保険適用日のみご記入ください)																																
	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	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	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	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	日
11. 後遺障害(最終診察時点)	視力喪失 言語機能喪失 咀嚼機能喪失 全介助状態 対麻痺 その他 ()																																
上記のとおり証明します。所在地 _____ (証明日) 令和 ____年 ____月 ____日																																	
病院または診療所の名称 _____ 診療科 _____ 医師氏名 _____																																	
介護老人施設は該当しません。電話番号 _____																																	

お願い

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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

訂正の場合は、必ず証明印による訂正印をお願いします。