

# 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】

氏名		フリガナ		カルテ番号		男	女	生年月日	令和 平成 昭和 大正	年	月	日
1. 傷病名		ICD10コード		傷病発生年月日		診断日						
ア	治療・入院等の原因となった傷病名	[ ]		[ ]		[ ]		[ ]				
イ	ア.の原因	[ ]		[ ]		[ ]		[ ]				
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	有	無	ウ.の傷病単独での入院必要期間	[ ]				
2. 初診日・終診日		1項アの初診日		年	月	日	終診日	現在加療中				
3. 前医または紹介医		[ ]		(医療機関名)		(初診時期)		[ ]				
4. 既往症または持病		[ ]		(傷病名)		(医療機関名)		(受療期間)				
5. 病理組織診断結果		診断確定日	(令和/平成)	最終病理組織診断名または検査結果	(p) TNM分類	T ( )	N ( )	M ( )	性	状	診	断
6. 入院期間		1回目	(令和/平成)	特定集中治療室管理料	救命救急入院料	生存退院	転院	入院中				
7. 抗がん剤治療		薬剤名	抗がん剤治療、ホルモン療法において、別紙《ご記入にあたっての補足説明》の「7.抗がん剤治療(1)(2)」に該当する薬剤を使用されている場合にご記入ください。									
8. 緩和療養		薬剤名	ガン性疼痛緩和以外の目的(例:手術後の疼痛緩和など)の場合は記入しないでください。									

氏名	フリガナ	カルテ番号
----	------	-------

9. 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)(ア-ト)	筋骨関係の手術の場合 ア.観血 イ.非観血	植皮術・筋皮弁術の場合 ウ.25cm2以上 エ.25cm2未満	左右で一对となる部位・臓器の場合 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 (令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日																														
	(1-12)(ア-ト)	穿頭術の場合 オ.新たな穿頭 カ.既存の穿頭孔を使用	口腔内手術の場合、顎骨への操作 キ.及ぶ ク.及ばない	左右で一对となる部位・臓器の場合 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 (令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日																														
	(1-12)(ア-ト)	手指足指の手術の場合、MP関節を含めて中枢側に	ケ.及ぶ コ.及ばない	左右で一对となる部位・臓器の場合 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 (令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日																														
5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。																																		
10. 放射線/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																													
	<input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> M-( ) <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> その他		(令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日 - (令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日	Gy																													
11. 先進医療	治療の種類	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。																																
	治療の実施日	(令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日 - (令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日	実施回数	回	技術料 [ ]万円 [ ]千円 [ ]円																													
12. 患者申出療養	治療の種類	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。																																
	治療の実施日	(令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日 - (令和/平成) [ ]年[ ]月[ ]日	実施回数	回	技術料 [ ]万円 [ ]千円 [ ]円																													
13. 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
	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
7ヶ月以降の通院があれば、通院年月日をご記入ください。																																		
14. 後遺障害	<input type="checkbox"/> 視力喪失 <input type="checkbox"/> 言語機能喪失 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能喪失 <input type="checkbox"/> 全介助状態 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> その他( )																																	

