

診断書

全国商工会連合会 宛
東京海上日動火災保険株式会社 宛

医療特約・トータルがん・シンプルがん用

1. 氏名	様	加行番号 ()	性別 男・女	生年 月 日	(西暦)	年 月 日		
2. 傷病名			傷病発症年月日					
ア. 入院(手術)等の原因となった傷病名	(ICD-10コード:)			年 月 日	いずれかに○をしてください 医師推定 患者申告			
イ. ア. の原因				年 月 日	医師推定 患者申告			
ウ. 入院中に治療を行った合併症				年 月 日	医師推定 患者申告			
エ. 特定疾患診断確定日	上記ア.の傷病名が厚生労働省指定の特定疾患の場合、診断確定日をご記入ください。			年 月 日				
3. 悪性新生物の場合	ア. 告知	本人に() 家族に() 年 月 日頃 [] と告げた。						
イ. 診断確定日	年 月 日			今回の悪性新生物につき、該当するものに○をしてください。→ 原発 再発 転移				
ウ. 悪性新生物として診断確定までに行われた検査項目および検査結果	検査項目	検査結果判定日	検査結果	TNM分類				
	病理組織学的検査	年 月 日		T()N()M()				
	細胞学的検査	年 月 日		病期分類 其他分類				
	()検査	年 月 日						
4. 治療期間	初診	年 月 日	～	年 月 日	終診	現在加療中 転院		
5. 入院期間	第1回入院	年 月 日	～	年 月 日	退院	入院中 転院		
	第2回入院	年 月 日	～	年 月 日	退院	入院中 転院		
※3回目以降の入院がある場合は、ご記入ください。								
6. 手術	※腹腔・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置等を含みます。 ※一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。							
1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術(開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. 経尿道的 8. 経膈的 9. ファイバースコープまたはカテーテルによる治療 10. レーザーによる手術 11. 衝撃波 12. その他()								
↓ 下記「種類」欄には、上記1～12のいずれかの番号をご記入ください。								
種類	骨・関節に対する治療の場合	筋・腱・靭帯の切断・切開縫合を	手指・足指の場合、MP関節を含め手術野が中極側に	植皮術・皮弁形成術の場合の面積が	診療報酬点数(コード)	手術名	左右の別	手術日
	観血 非観血	伴う 伴わない	及ぶ 及ばない	25cm以上 25cm未満	K- J-	※悪性新生物の場合→ 根治的・姑息的	左 右	年 月 日
	観血 非観血	伴う 伴わない	及ぶ 及ばない	25cm以上 25cm未満	K- J-	※悪性新生物の場合→ 根治的・姑息的	左 右	年 月 日
※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分、手術名、手術日、手術種類、手術内容等をご記入ください。								
7. 放射線治療・温熱療法	区分	M	-	照射日(施行日)	照射部位	総線量	Gy	
8. 先進医療	有 無	種類:			当該先進医療の評価療養としての届出時期	年 月 日		
		実施日:	年 月 日(回)		受療者が支払った先進医療の「技術料」	円		
9. 発病(受傷)から初診までの経過、初診時の主訴および所見、その後の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)								
10. 前医・紹介医	有 無	医療機関名:				初診日:	年 月 日頃	
11. 既往症	有 無	傷病名			医療機関名:	年 月 日～ 年 月 日頃		
		悪性新生物または上皮内新生物の既往症:	有 無	病名:	年 月 日頃			
12. 就業が全く不能と思われる期間		年 月 日～ 年 月 日						
上記の通り証明します。		病院(診療所)所在地 病院(診療所)名称 電話番号 所属診療科 医師名			代理店受領日		弊社受領日	
20 年 月 日							印	

※お願い① 訂正箇所には証明印と同一印にて押印をお願いします。
※お願い② 記入欄が足りない場合は、お手数ですが別紙を添付してご記入願います。

《お客様へ》

1. 診断書(治療証明書)を本紙と一緒に医療機関へご提出ください。
2. 以下(1)~(4)に該当する場合は診断書のご提出が必須となります。(1)手術共済金(保険金)以外のご請求金額が10万円超の場合 (2)がん診断・がん入院・がん手術共済金(保険金)のご請求の場合 (3)先進医療特約のご請求の場合 (4)重大手術の倍率変更特約の「がんに対する開頭・開胸・開腹手術および四肢切断」に該当する手術共済金(保険金)のご請求の場合

《ご担当される先生へ》

ご記入にあたっては、下記 **A** ~ **F** を必ずご確認ください。

ご記入にあたってのご説明

記入例

診断書(治療証明書)

医療機関提出用

※医療機関へこのままご提出ください。

全国商工会連合会 宛 東京海上日動火災保険株式会社 宛		氏名 東海 太郎 性別 男 生年月日 50 年 1 月 1 日	
1. 傷病名 肺癌 (ICD-10コード: C34.0)		傷病発症年月日 24 年 12 月 1 日	
2. 入院(手術)等の原因となった傷病名 肺癌		医師推定 患者申告	
3. 悪性新生物の場合 ア. 告知 (本人)(家族) 24 年 12 月 13 日頃 (肺癌) と告げた。		医師推定 患者申告	
4. 診断確定日 23 年 12 月 12 日 (今回の悪性新生物につき、該当するものに○をしてください。→)		原発 再発 転移	
5. 悪性新生物として診断確定までに行われた検査項目および検査結果 病理組織学的検査 24 年 12 月 12 日 adenocarcinoma T(1)N(0)M(0) 細胞学的検査 年 月 日 病期分類 他分類 ()検査 年 月 日 stage I A		TNM分類	
6. 治療期間 初診 24 年 11 月 20 日 ~ 25 年 1 月 28 日		経過 現在加療中 転院	
7. 入院期間 第1回入院 24 年 12 月 1 日 ~ 24 年 12 月 27 日 第2回入院 年 月 日 ~ 年 月 日		退院 入院中 転院	
※3回目以降の入院がある場合は、ご記入ください。			
8. 手術 ※腫瘍・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポット留置等を含みます。 ※一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定される手術は、同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。			
1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術(開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. 経尿道的 8. 経腔的 9. ファイバースコープまたはカテーテルによる治療 10. レーザーによる手術 11. 衝撃波 12. その他()			
下記「種類」欄には、上記1~12のいずれかの番号をご記入ください。			
種類	青・腫瘍に付する切除の割合	緑・腫瘍に付する切除の割合	手術日
6	腫血 (伴) 25%以上	腫血 (伴) 25%未満	24 年 12 月 4 日
	非腫血 (伴わない) 及ばない	非腫血 (伴わない) 及ばない	年 月 日
	腫血 (伴) 25%以上	腫血 (伴) 25%未満	年 月 日
	非腫血 (伴わない) 及ばない	非腫血 (伴わない) 及ばない	年 月 日
※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分・手術種類・手術内容・手術名・手術日等をご記入ください。			
9. 放射線治療・温熱療法 区分 MOO1-1 照射日(施行日) 13/1/10・1/11・1/12・1/13・1/17・1/18・1/19・1/20・1/24・1/25・1/26・1/27・1/28 照射部位 右肺 総線量 50 Gy		10. 先進医療 種類: (有) (無) 実施日: 年 月 日(回)	
11. 発病(受傷)から初診までの経過、初診時の主訴および所見、その後の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等) 胸の痛み主訴に前医受診、肺癌の疑いで当院紹介受診。手術の結果、肺癌と診断し、放射線治療実施。			
12. 前医・紹介医 (有) (無) 医療機関名: 丸の内病院 初診日: 24 年 11 月 1 日頃		13. 既往症 (有) (無) 傷病名: 医療機関名: 治療期間: 年 月 日 ~ 年 月 日頃	
14. 就業が全く不能と思われる期間 24 年 12 月 1 日 ~ 25 年 1 月 28 日		15. 上記の通り証明します。 病院(診療所)所在地 ○○県○○市○○町 病院(診療所)名称 ○○病院 電話番号 ○○○-○○○-○○○○ 所属診療科 ○○科 医師名 ○○ ○○	

※お願いの
訂正箇所には証明印と同一印にて押印をお願いします。
記入欄が足りない場合は、お手数ですが別紙を添付してご記入願います。

A 傷病名

●入院(手術)等の契機となった傷病名が複数ある場合は全てご記入ください。(確定診断された場合は、確定診断後の傷病名をご記入ください。)

B 悪性新生物の場合

●今回の傷病名が悪性新生物の場合に診断結果を記入ください。
●病理組織診断を実施した場合は、その診断結果、TNM分類、診断確定日をご記入ください。
●病理組織診断以外の方法で診断確定した場合には、その方法・検査結果判定日・検査結果をご記入ください。

C 入院期間

●3回目以降の入院は、3回目以降欄をご使用ください。

D 手術

●診療報酬点数表上で「手術料」とされている手術はすべてご記入ください。

●処置とされるものについてもご契約によってはお支払対象となるものがあります。下記に例示するもののほか、内視鏡・カテーテル等の手術・処置についても記入ください。
【例】持続ドレナージ・腹腔灌流

●実際に行った手術に関する手術名、診療報酬点数表の区分番号(コード)、手術日を記入し、その手術について手術種類、手術内容から該当するものすべてを選択ください。

●医科診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行し、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日を記入ください。
【例】体外衝撃波結石破碎術・体外衝撃波腎・尿管結石破碎術等

●手術欄に書ききれない場合は、3回目以降欄をご使用ください。

E 放射線治療・温熱療法

●放射線治療について、区分番号(Mコード)がある場合には記入していただき、種類・照射日・部位・線量についてもご記入ください。

F 前医・紹介医

●初診日・医療機関名をおわかりになる範囲でご記入ください。