

診断書をご記入いただくにあたってのお願い(疾病用)

ご担当される先生へ

ご記入にあたってご留意いただきたい点をご一読の上、ご記入をお願い申し上げます。



マニライフ生命保険株式会社

項目		ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考	
2項	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	<ul style="list-style-type: none"> ■原因となった傷病名が複数ある場合は、すべて記入してください。 ■「悪性新生物・上皮内新生物」、「急性心筋梗塞」、「脳卒中」の場合はそれぞれ8～10項にも記入してください。 ■傷病発生年月日はお分かりになる範囲で記入してください。(イ・ウ欄も同様です。) 	<ul style="list-style-type: none"> ■原因となった傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)と傷病の発生年月日をご記入いただく項目です。 ■ICD10コードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。 	
	イ. アの原因	<ul style="list-style-type: none"> ■アの原因となった傷病等があれば記入して下さい。 ■原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 	-	
	ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)	<ul style="list-style-type: none"> ■入院治療の必要があった傷病を記入してください。 ■該当する傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 	■保障内容や傷病によって給付金のお支払内容が異なる場合がございます。	
	エ. アの初診日	<ul style="list-style-type: none"> ■貴院におけるアの傷病に関する最初の診察日を記入してください。(貴院他科での診察を含みます。) ■貴院でのアの治療状況について治癒・継続・中止・転医から選択してください。 	-	
3項	前医・紹介医	■アの前医または紹介医があれば、記入してください。	-	
4項	既往症・持病	■2項「傷病」欄に関係しないものを含め、お分かりになる範囲で記入してください。	-	
5項	入院(日帰り入院を含みますが外来治療は除きます)	<ul style="list-style-type: none"> ■入院が3回以上の場合は、「第3回以降」欄に記入してください。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。その際は、「第3回以降」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ください。 ■集中治療室で治療された場合は①～④のいずれかを選択のうえ、その期間をご記入ください。 	■分娩を伴う入院の場合で健康保険の非適用期間がある場合は記入してください。	
6項	手術	<ul style="list-style-type: none"> ■手術給付金のお支払対象となる場合がありますので、診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。 ■診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日を記入してください。 例) 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術 など ■以下のような処置等もあわせて記入してください。 例) 持続的腹腔ドレナージ、胸腔ドレナージ など ■手術が3回以上の場合は、「第3回以降」欄に記入して下さい。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。その際は、「第3回以降」欄に「別紙あり」と記入いただき、別紙についても証明印を押印ください。 	■Kコード・Jコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。	
7項	放射線・温熱療法	■照射中の場合は、部位、期間、照射量など照射済みの範囲で記入してください。	■Mコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。	
8項	悪性新生物・上皮内新生物	病理組織学的検査	<ul style="list-style-type: none"> ■診断確定日は生検もしくは手術標本など、いずれか最初の日に病理組織診断が確定された日を記入してください。生検日・手術日ではありませんので、ご注意ください。 ■手術をされている場合は、病理組織診断判明後のTNM分類を記入してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ■上皮内癌・非浸潤癌は保険金・給付金等のお支払対象とならない場合があります。 ■大腸癌の場合は、深達度もお支払い可否判断にあたって必要な項目です。
		種類	■該当するものに✓点をつけてください。	■種類が「原発」かそれ以外かによってお支払い内容が異なる場合がございます。
		今回が初めてのガンであるかどうか	■今回治療の悪性新生物の罹患以前に何らかの悪性新生物に罹患したことがある場合は、「いいえ」に✓印をつけたくうえで、既往の発生年月日をお分かりになる範囲で記入してください。	■保険金・給付金等の保障開始前に悪性新生物に罹患したことがある場合は、お支払いの対象とならない可能性がございます。
9項	急性心筋梗塞	■急性心筋梗塞で初診日から60日経過している場合は「はい」、「いいえ」どちらかを必ず○で囲んでください。	■証明日時時点で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。	
10項	脳卒中	■脳卒中で初診日から60日経過している場合は「はい」、「いいえ」どちらかを必ず○で囲んでください。	■証明日時時点で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。	
11項	先進医療	<ul style="list-style-type: none"> ■貴院にて評価療養として認められている先進医療のみご記入ください。 ■受療者が支払った先進医療の技術料に対して給付金額が変わってきますので、受療者が支払った先進医療の技術料のみご記入ください。 	-	
12項	通院	<ul style="list-style-type: none"> ■今回の治療にともなう、貴院の通院日をもれなく○で囲んでください。(治療をとまなわない薬剤の購入、受取のみ等の通院は含みません。) ■往診日も含んで○で囲んでください。 ■通院予定日は含みません。 	-	

証明欄に、必ずご署名・ご捺印・証明日のご記入をお願いいたします。

入院・手術・通院証明書(疾病用)

病名が悪性新生物・急性心筋梗塞・脳卒中の場合、それぞれ8・9・10欄にご記入をお願いします。

【お願い】訂正の場合は必ず証明印による訂正印を押印してください。

1.氏名		フリガナ カルテ番号		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日																									
2.傷病	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	入院・手術等の原因となった傷病名を記入してください ICD10コード					傷病発生日(受傷年月日)を記入してください 医師推定 年 月 日																										
	イ. アの原因	アの原因となった傷病名や事故を記入してください ICD10コード					傷病発生日(受傷年月日)を記入してください 医師推定 年 月 日																										
	ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)	ア、イ以外の、入院治療の必要があった傷病(合併症を含む)があれば記入してください ICD10コード					傷病発生日(受傷年月日)を記入してください 医師推定 年 月 日																										
	エ. アの初診日	年 月 日		アの治療状況		治癒 継続 中止 転医																											
3.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日		医療機関	医師名																										
4.既往症・持病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日		医療機関	医師名																										
5.入院 (日帰り入院を含みます・外来治療を除きます)	第1回	年 月 日～年 月 日		<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院																													
	第2回	年 月 日～年 月 日		<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院																													
	第3回以降																																
	分娩を伴う入院期間のうち、健康保険の非適用期間				年 月 日～年 月 日																												
集中治療室(ICU)管理治療 ①～④から選択		<input type="checkbox"/> ①救命救急医療	<input type="checkbox"/> ②特定集中治療	第1回 年 月 日～年 月 日		第2回 年 月 日～年 月 日																											
		<input type="checkbox"/> ③新生児特定集中治療	<input type="checkbox"/> ④総合周産期集中治療																														
6.手術	第1回	手術日	年 月 日		手術部位	手術種類	手術内容																										
		手術名を記入してください※ドレナージ等の処置も記入してください				<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方	ア～シから選択	①～⑩から選択																									
	第2回	手術日	年 月 日		手術部位	手術種類	手術内容																										
		手術名を記入してください※ドレナージ等の処置も記入してください				<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方	ア～シから選択	①～⑩から選択																									
	第3回以降																																
	ア. 開頭術		イ. 穿頭術		ウ. 開胸術		エ. 胸腔鏡		オ. 開腹術	カ. 腹腔鏡																							
キ. ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル		ク. 経皮的		ケ. 経尿道的		コ. 経陰的		サ. レーザー																									
シ. その他()		筋骨関係手術の場合 ①親血 ②非親血		穿頭術の場合 ③新たな穿頭 ④既存の穿頭孔		手指・足指の手術 MP関節を含めて中極側に⑤及ぶ ⑥及ばない		植皮術又は筋皮弁術の場合 ⑦25cm以上 ⑧25cm未満		口腔内の親血手術の場合 ⑨顎骨に及ぶ ⑩顎骨に及ばない																							
放射線または温熱療法の名称を記入してください				部位を記入してください				照射量																									
M (-)								Gy																									
施行期間を記入してください				施行日・施行回数を記入してください				合計																									
年 月 日～年 月 日				① / / ② / / ③ / / ④ / / ⑤ / / ⑥ / / ⑦ / / ⑧ / / ⑨ / / ⑩ / /				回																									
8.悪性新生物・ 上皮内新生物	病名告知	本人・家族に告知した日を記入してください	本人・家族に告げた病名を記入してください	種類	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他()																												
	病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> あり	病理組織診断名を記入してください	診断確定日を記入してください	該当する悪性新生物の種類があれば選択(O)してください																												
		<input type="checkbox"/> なし			上皮内癌・非浸潤癌 浸潤性・その他																												
	上記以外の検査	<input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡的検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI <input type="checkbox"/> その他()	検査日を記入してください		検査結果を記入してください																												
9.急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、軽作業・座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要としていましたか						はい いいえ																										
10.脳卒中	脳卒中の初診日からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか			はい いいえ		具体的な後遺症の症状を記入してください																											
11.先進医療	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	治療の種類	治療の実施日		特定承認医療機関となった承認日		年 月 日																										
			年 月 日～年 月 日 (実施回数 回)		受療者が支払った先進医療の「技術料」のみ記入して下さい		円																										
12.通院	通院年月	今回の治療にともなう通院日(往診日を含む)をOで囲んでください																		合計日数													
	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	合計 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	合計 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	合計 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	合計 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	合計 日
																			*合計通院日数を必ず記入してください⇒合計通院日数		日												
上記のとおり証明(診断)します								(証明日)		年 月 日																							
所在地		病院または診療所の診療科		医師氏名		印																											