

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。 マニユ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	■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。 ■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。)	■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	■アの原因となった傷病等があれば、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)	■入院治療の必要があった傷病をすべて記入してください。 ■合併症に対する入院治療が必要であった期間を記入してください。	■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。
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」欄に関連しないものを含め、お分かりになる範囲で記入してください。	-
5項	治療期間	■アの傷病に関する最初の診察日を記入してください。(他科での診察を含みます。) ■アの傷病の治療状況を、治癒・継続・中止・転医から選択してください。 ■入院が3回以上ある場合は、診断書最下段余白に3回目以降の入院期間をご記入ください。 ■集中治療室で治療された場合は1～5のいずれかを選択のうえ、その期間をご記入ください。	-
6項	手術	■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、診断書最下段余白に3回目以降の手術についてご記入ください。	■公的医療保険制度の対象有無について有・無いいずれかをご選択ください。  ■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	先進医療	■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りますので、受療者が支払った先進医療の技術料のみをご記入ください。	-
8項	放射線・温熱療法	■種類を1～6から選択してください。「6.その他」は詳細を記入してください。 ■照射中の場合は、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。
9項	頸部症候群または腰痛の場合の他覚症状	■外傷について画像所見(X-P、MRI、CT等)や、神経学的所見(筋力低下、知覚障害、腱反射の亢進や低下や消失等)の計測結果について記入してください。	-
10項	特定損傷	■「骨折」「関節脱臼」「腱の断裂」に該当する場合、いずれかをご選択のうえ、損傷部位を記入してください。 ■複数個所に及ぶ場合、すべての箇所について記入してください。 ■病的骨折(わずかな外力により骨折にいたるもの)および疾病を原因とする腱の断裂の場合、その原因と考えられる傷病名を記入してください。 ■関節脱臼の場合で、先天性脱臼または病的脱臼(わずかな外力によって脱臼にいたるもの)または反復性脱臼に該当する場合は、該当項目を選択してください。	■「骨折」・・・軟骨骨折は除きます。 ■「関節脱臼」・・・半月板損傷・断裂は除きます。 ■「腱の断裂」・・・靭帯の断裂・損傷は除きます。
11項	在宅医療	■該当する指導管理料の算定内容に○印をつけてください。 ■上記が算定された年月を記入してください。 ■インスリン製剤やインクレチン製剤などの治療(指導)なども、在宅自己注射指導管理料の算定対象となるため、ご留意ください。	-
12項	平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になかった日	■平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になおっていたと判断される場合は、その日付を記入してください。	-
13項	通院	■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。(治療をとも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。	-

入院・手術・通院証明書

A

1.氏名	フリガナ カルテ番号	性別	<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 4.平成 <input type="checkbox"/> 5.令和	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 ICD10コード				傷病発生年月日																											
	イ. アの原因	アの原因となった傷病名・事故を記入 ICD10コード				傷病発生年月日																											
	ウ. ア、イ以外に入院治療の必要があった合併症の傷病名	ア、イ以外に入院治療を要した合併症があれば傷病名を記入 ICD10コード 合併症の入院治療必要期間 年 月 日～ 年 月 日				傷病発生年月日																											
3.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	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"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	傷病名	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	医療機関 医師名																												
5.治療期間	初診日	年 月 日～ 年 月 日				<input type="checkbox"/> 1.治療 <input type="checkbox"/> 2.継続 <input type="checkbox"/> 3.中止 <input type="checkbox"/> 4.転医																											
	入院期間第1回	年 月 日～ 年 月 日				<input type="checkbox"/> 1.退院 <input type="checkbox"/> 2.入院中 <input type="checkbox"/> 3.転院 <input type="checkbox"/> 4.転科 <input type="checkbox"/> 5.死亡退院																											
	入院期間第2回	年 月 日～ 年 月 日				<input type="checkbox"/> 1.退院 <input type="checkbox"/> 2.入院中 <input type="checkbox"/> 3.転院 <input type="checkbox"/> 4.転科 <input type="checkbox"/> 5.死亡退院																											
集中治療室(ICU)管理治療 1～5から選択	<input type="checkbox"/> 1.救命救急医療 <input type="checkbox"/> 2.特定集中治療 <input type="checkbox"/> 3.小児特定集中治療 <input type="checkbox"/> 4.新生児特定集中治療 <input type="checkbox"/> 5.総合周産期特定集中治療																																
	第1回	年 月 日～ 年 月 日		第2回	年 月 日～ 年 月 日																												
6.手術	手術種類	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.経腔的 サ.レーザー シ.その他 ( ) 「手術種類」は、左記ア～シから選択																															
	手術名 ※ドレナージ等の処置も記入してください	手術日	手術部位	手術種類	筋骨関係手術の場合	穿頭術の場合	手指・足指の手術の場合 MP関節より	植皮術・筋皮弁術の場合	口腔内親血手術の場合 顎骨を																								
	公的医療保険制度対象	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> ( - )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input type="checkbox"/> 3.両方	<input type="checkbox"/> 1.親血 <input type="checkbox"/> 2.非親血	<input type="checkbox"/> 1.新規穿孔 <input type="checkbox"/> 2.既存孔	<input type="checkbox"/> 1.末梢 <input type="checkbox"/> 2.中板 <input type="checkbox"/> 3.関節上	<input type="checkbox"/> 1.25cm <sup>2</sup> 以上 <input type="checkbox"/> 2.25cm <sup>2</sup> 未満	<input type="checkbox"/> 1.削った <input type="checkbox"/> 2.削らず																								
7.先進医療	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	治療の種類	特定承認医療機関となった承認日		年 月 日																												
		治療の実施日	年 月 日～ 年 月 日 (実施回数 回)		受療者が負担すべき先進医療の「技術料」 円																												
8.放射線・温熱療法	1～6から選択 <input type="checkbox"/> 1.体外照射 <input type="checkbox"/> 2.定位照射 <input type="checkbox"/> 3.温熱療法 <input type="checkbox"/> 4.小線源療法 <input type="checkbox"/> 5.内服療法 <input type="checkbox"/> 6.その他 ( )																																
	診療報酬区分	部位	照射期間			照射量																											
	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> ( - )		年 月 日～ 年 月 日			Gy																											
9.頸部症候群または腰痛の場合の他覚症状 (外傷についての画像所見による器質的損傷所見や神経学的テスト、脳波・筋電図などの所見)	X線検査の異常所見	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 → 有の場合詳細:																															
	その他の異常所見	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 → 有の場合詳細:																															
10.特定損傷	該当する箇所には		損傷部位		以下に該当する場合は																												
	<input type="checkbox"/> 1.骨折 *軟骨骨折は除く				<input type="checkbox"/> 1.病的骨折 *骨折原因と考えられる傷病名: _____																												
	<input type="checkbox"/> 2.関節脱臼 *半月板損傷・断裂は除く				<input type="checkbox"/> 1.先天性脱臼 <input type="checkbox"/> 2.病的脱臼 <input type="checkbox"/> 3.反復性脱臼																												
11.在宅医療	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	1～4から選択	<input type="checkbox"/> 1.在宅自己注射指導管理料 <input type="checkbox"/> 2.在宅自己腹膜灌流指導管理料 <input type="checkbox"/> 3.在宅血液透析指導管理料 <input type="checkbox"/> 4.在宅酸素指導管理料																														
		指導管理をした年月	年 月	年 月	年 月	年 月																											
12.平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になった日			年 月 日																														
13.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)																													合計日数		
	20 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
	20 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
	20 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
	20 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
	20 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
	20 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 ⇒																													日		
上記のとおり証明(診断)します					(証明日) 年 月 日																												
所在地 名称 病院または診療所の 診療科 電話番号			医師氏名			印																											

【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。原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印ください。