

ご担当の先生へ

「入院・手術証明書（診断書）」作成にあたってのお願い

拝啓 いつも格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、「入院・手術証明書（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、また患者様に給付金等を迅速にお支払するうえでも極めて大切な書類です。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、「入院・手術証明書（診断書）のご記入要領」をご参照のうえ、漏れなく正確にご記入くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただいた「入院・手術証明書（診断書）」は、当社専用封筒に封入、封緘くださいますようお願い申し上げます。

敬 具



Gibraltar
ジブラルタ生命



白抜き印の箇所には記入・押印、該当項目にはチェックまたは○印をつけてください。

1.氏名	カルテ番号()		男 女	生年月日	西暦() 大正() 昭和() 平成() 令和()	年	月	日																										
2.傷病名	(ア)入院・手術の原因となった診断確定傷病名	ICD-10コード()		傷病発生日月(受傷・発病年月日)		ケガの場合 以下に該当する場合は、該当項目の□に✓を記入ください。 ☐ 骨折 (病的骨折・肋軟骨以外の軟骨骨折を含まない) ☐ 関節脱臼 (半月板損傷・断裂を含まない) ☐ 腱の断裂 (靱帯の断裂・損傷を含まない)																												
	(イ)アの原因			20 年 月 日																														
	(ウ)入院中に治療を行った合併症	入院加療の必要があった傷病については、4.欄もご記入ください。		20 年 月 日																														
3.治療期間	貴院における初診	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		終 診		現在加療中																												
4.入院期間 医療法に定める「病院」または患者が入院するための施設を有する「診療所」での入院期間を記入してください。	第1回入院	※日帰り入院(入院基本料などが算定されている、入退院日が同一の入院)の場合には、入院日を記入し、「日帰り入院」に○印をつけてください。																																
		20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		日帰り入院		退 院		現在入院中																										
		※複数の傷病を原因として入院された場合、または、入院中に他の傷病が発生した場合は、各傷病の入院期間をご記入ください。																																
	第2回入院	(傷病名) 入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		(傷病名) 入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		日帰り入院		退 院	現在入院中																									
		(傷病名) 入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		(傷病名) 入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		日帰り入院		退 院	現在入院中																									
	第3回以降	3回目以降の入院があれば、[傷病名][入院期間]をご記入ください。([日帰り入院][退院][現在入院中]のご記入もお願いいたします)																																
	分娩を伴う入院	分娩日 20 年 月 日																																
介護保険入院	介護保険入院 介護保険適用の入院期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日																																	
5.前医又は紹介医	無	有	医療機関名	医師名		初診日 20 年 月 日																												
6.手術 ドレナージ等の処置も記入してください。 医科診療報酬点数表上の手術料がない手術も全て記入してください。 手術料の算定については点数欄はブランクで結構です。	手術名または処置名		手術日(処置日)		手術種類	観血／非観血	手術野はMPP関節を含めて中程度に	筋・腱・靱帯の処置を	口腔内手術の場合、顎骨に操作が	植皮術・皮弁術の面積																								
	1	20 年 月 日		アースから選択		観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm ²																								
	☐ 医科 ☐ 歯科 診療点数区分コード((K)・(J)・(I) - (点))				非観血	及ばない	伴わない	及ばない	(以上) (未満)																									
	2	20 年 月 日		アースから選択		観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm ²																								
	☐ 医科 ☐ 歯科 診療点数区分コード((K)・(J)・(I) - (点))				非観血	及ばない	伴わない	及ばない	(以上) (未満)																									
3	20 年 月 日		アースから選択		観血	及ぶ	伴う	及ぶ	25cm ²																									
☐ 医科 ☐ 歯科 診療点数区分コード((K)・(J)・(I) - (点))				非観血	及ばない	伴わない	及ばない	(以上) (未満)																										
下記ア～スから手術の種類を選択してご記入ください																																		
ア.開頭術 イ.穿頭術 ウ.開心術 エ.開胸術 オ.開腹術 カ.胸腔鏡 キ.腹腔鏡 ク.経皮的 ケ.経腔的 コ.経尿道的 サ.レーザー シ.ファイバースコープまたはカテーテル ス.その他 ()																																		
4回目以降の手術があれば、手術名・手術日・診療点数コード区分・手術点数・手術種類・手術内容等をご記入ください。																																		
7.放射線・温熱療法	療法名	照射部位				総線量		グレイ																										
	☐ 医科 ☐ 歯科 診療点数区分コード((M)・(L) - (点)) ☐ 自由診療				期 間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日																												
8.新生物	最終病理診断名	診断確定日 20 年 月 日				診断方法	☐ 病理組織診断 ☐ その他()																											
	<新生物が悪性新生物、上皮内癌、上皮内黒色腫の場合は、以下もご記入ください>																																	
	TNM分類	T() N() M()				今回の区分	☐ 原発 ☐ 再発 ☐ 転移																											
9.急性心筋梗塞	急性心筋梗塞について初めて診療を受けた日から60日経過時点で労働の制限を引き続き必要としますか (ここでいう労働の制限とは、軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。)										はい	いいえ																						
	脳卒中について初めて診療を受けた日から60日経過時点で、他覚的な神経学的後遺症が継続していますか										はい	いいえ																						
10.脳卒中	脳卒中について初めて診療を受けた日から60日経過時点で、他覚的な神経学的後遺症が継続していますか										はい	いいえ																						
	※「はい」の場合、その後遺症についてご記入ください。																																	
11.先進医療	治療の種類					※厚生労働大臣の定める先進医療による治療について記載してください。																												
	治療の期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日				先進医療技術料	*第三者負担を除く受療者が負担すべき先進医療技術料のみご記入ください 円																											
12.通院	通院年月	※上記2項ア・イの傷病の治療を目的とした通院治療日(往診含む)に○印をつけてください。																												各月合計				
	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
13.請求意思能力	現在、本人には保険金等を請求し、受け取る行為の意味を理解できないと思われる場合は、右にチェックしてください。																														☐ できない			
上記の通り証明します。																														20 年 月 日				
病院または診療所の所在地 名称 電話番号																														医師氏名				
																														印				