

# 入院・手術証明書(診断書)

ライフネット生命保険株式会社 御中

1. 氏名		フリガナ		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	年 月 日
		(カルテNo. )					
2. 傷病名				傷病発生日			
ア 入院・手術等の原因となった傷病名				年 月 日		いずれかに○印をして下さい 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告 <input type="checkbox"/>	
イ ア. の原因				年 月 日		医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告 <input type="checkbox"/>	
ウ 合併症				年 月 日		医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告 <input type="checkbox"/>	
3. 治療期間	初診 注)1	年 月 日		一般外来 <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> 前医紹介 <input type="checkbox"/> 終診 <input type="checkbox"/>	年 月 日		終診 <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/>
	入院期間 第1回目	年 月 日 ~		年 月 日		退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/>	
	入院期間 第2回目	年 月 日 ~		年 月 日		退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/>	
4. 今回の傷病に関して実施した手術 注)2	手術名		診療報酬点数手術区分番号		手術日		
	①		K-		年 月 日		
	②		K-		年 月 日		
③		K-		年 月 日			
5. 前医又は紹介医	<input type="checkbox"/> 有	医療機関名			医師名		
	<input type="checkbox"/> 無	所在地			初診日		年 月 日頃
6. 既往症・持病	<input type="checkbox"/> 有	傷病名	当院 ( 科 ) ・ 他院 ( 病院名 )				
	<input type="checkbox"/> 無	治療期間	年 月 日頃 ~		年 月 日頃まで		
7. 発症(受傷)から初診までの経過 ・いつごろからどのような症状があったのか  ・初診時の患者の主訴・所見および病状の経過(検査内容・検査結果・治療内容・経過等)							
上記のとおり証明します。				証明日 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

注)1 初診日は今回の入院・手術等の傷病の貴院における最初の受診日付をご記入ください。

注)2 Kコード対象の治療は全てご記入ください。

(1)訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印願います。

(2)原本の複写またはコピーの場合は必ずそれぞれに捺印ください。

お問い合わせ：ライフネット生命保険株式会社 保険金担当 ☎ 0120-717991

LIAJ058-A01-201102