

# 就業不能証明書(診断書兼入院証明書)

ライフネット生命保険株式会社 御中

|                       |   |  |  |        |       |
|-----------------------|---|--|--|--------|-------|
| 1. 氏名                 | フリガナ<br>(カルテNo. )   | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                | 生年月日   | 年 月 日 |
| 2. 傷病名                | 傷病発生年月日   |  |  |        |       |
| ア 就業不能の原因となった傷病名      | (ICD10コード - )   | 年 月 日  | いずれかに○印をして下さい<br><input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告         |        |       |
| イ アの原因                |   | 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告                          |        |       |
| ウ 合併症                 |   | 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告                          |        |       |
| 3. 初診注)1              | <input type="checkbox"/> 一般外来 <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> 前医紹介 | 初診 年 月 日 ~ 終診 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 現在加療中   |        |       |
| 4. 入院期間               | 1回目   | 年 月 日 ~ 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中 |        |       |
|                       | 2回目   | 年 月 日 ~ 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 入院中 |        |       |
| 5. 在宅療養期間             | 年 月 日 ~ 年 月 日   | 8. むちうち症、腰痛、頸椎・腰椎捻挫等の場合<br>他覚症状、レントゲン、脳波、筋電図等による器質的変化の有無、検査結果  |  |        |       |
| 6. 転帰                 | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 | X線異常 なし・あり( )<br>脳波異常 なし・あり( )<br>筋電図異常 なし・あり( )<br>その他異常 なし・あり( )                   |        |       |
| 7. 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  |  |        |       |
|                       | (K- )   | 年 月 日  |  |        |       |
| 9. 経過等                | ・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)<br><br>・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)    |  |  |        |       |
| 10. 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 |       |
| 11. 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  |        |       |
| 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<br>名称<br>電話番号  | 医師氏名   |        | 印     |

注)1 初診日は今回の傷病での貴院における最初の受診日をご記入ください。

LIAJ058-D01-201104

注)2 Kコード対象の治療は全てご記入ください。

- ・訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印願います。
- ・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

受付時間 平日9時~17時30分(年末年始、土曜、日曜、祝日は除く)