

～ご担当される先生へ～

<診断書ご記入のお願い>

お忙しいところ恐れ入りますが、下記の要領にてご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

記入内容につきまして、弊社よりご照会させていただく場合もございますので、よろしくお願いいたします。

入院・手術証明書(診断書) <記入例>			
ライフネット生命保険株式会社 御中			
1. 氏名	フリガナ <b>ライフ ダイスケ</b> <b>来風 大輔</b> (カルテNo. 10023)	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <b>1975年1月1日</b>
2. 傷病名	傷病発生年月日		
ア 入院・手術等の原因となった傷病名	<b>出血性胃潰瘍</b>		<b>2011年1月9日</b>
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 <b>2011年1月9日</b> 一般外来 救急搬送 前医紹介 終診 <b>2011年1月24日</b> 終診 現在治療中		
入院期間	第1回目 <b>2011年1月9日</b> ~ <b>2011年1月24日</b>		退院 転院 入院中
	第2回目 年 月 日 ~ 年 月 日		退院 転院 入院中
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 <b>内視鏡的消化管止血術</b>	K- <b>654</b>	<b>2011年1月9日</b>
	② <b>輸血</b>	K- <b>920</b>	<b>2011年1月9日</b>
	③	K-	年 月 日
5. 前医又は紹介医	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名 <b>ライフ医院</b>	医師名 <b>生命一郎</b>
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	所在地 <b>東京都千代田区麹町〇-〇-〇</b>	初診日 <b>2011年1月9日頃</b>
6. 既往症・持病	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名 当院 ( ) 科) ・ 他院 (病院名 )	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 <b>2011年1月9日朝、自宅にて吐血。前医を受診したところ出血性胃潰瘍の診断。大量の出血を認めため治療目的に当院へ救急搬送となる。</b>		
	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) <b>内視鏡にて出血部位を確認、内視鏡的消化管止血術を行う。大量に出血していたため、同時に輸血も実施。術後、経過良好にて1月24日退院。</b>		
上記のとおり証明します。		証明日 <b>2011年1月24日</b>	
病院または診療所の	所在地 <b>東京都千代田区麹町〇-〇-〇</b>	音都 太郎	音都
	名称 <b>ライフネット総合病院</b>		
	電話番号 <b>03-5216-XXXX</b>		
	医師氏名 <b>音都 太郎</b>		

初診日について

今回入院の原因となった傷病の貴院における最初の初診日をご記入ください。貴院他科での診療もお分かりになられる範囲でご記入ください。

妊娠・分娩の際の入院期間について

**異常妊娠、異常分娩による入院期間をご記入ください。**

※当社の入院給付金は正常分娩による入院は対象となりません。異常妊娠、異常分娩による1泊以上の入院が対象となります。

手術について

**Kコード対象の治療は全てご記入ください。**

※当社における手術とは医科診療報酬点数表に手術の算定対象として列挙されている診療行為に含まれるものです。  
※当社の手術給付金は1泊以上の入院中に行われたものが対象となります。

前医、紹介医、既往症・持病

紹介状などがなくてもお分かりになれる範囲で結構ですので、ご記入ください。

発症から初診までの経緯

初診時の主訴、検査内容をご記入ください。手術につきましては手術欄に、入院期間につきましては治療期間欄にご記入ください。

- \* 訂正が生じた場合は、証明印による訂正印を押印願います。
- \* 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。
- \* ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記までご連絡ください。

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