

就業不能証明書B（診断書兼入院・通院等証明書）

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

ライフネット生命保険株式会社

1.	氏名	(カルテNo.)	性別	生年月日	年	月	日
2.	傷病名	傷病発生年月日					
ア.	傷病名			年	月	日	いずれかに○印をして下さい 医師推定 患者申告
イ.	アの原因			年	月	日	医師推定 患者申告
ウ.	合併症			年	月	日	医師推定 患者申告
3.	前医 た介 紹は医	<input type="checkbox"/> あり 医療機関・医師名： <input type="checkbox"/> なし 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日	4. 既往 持た した 症は 病	<input type="checkbox"/> あり 傷病名： <input type="checkbox"/> なし 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
5.	初診	初診 年 月 日 ~ 終診 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現在加療中				
治療 期間	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				
	通院期間	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					
6.	手術 手 術 名	診療報酬点数手続区分番号	手術日				
		K -	年 月 日				
		K -	年 月 日				
7.	投薬内容	薬剤名	投薬・処方日	年 月 日			
8.	他覚所見 および 検査結果	直近の検査日	異常の有無		検査結果		
画像（MRI・CT・超音波）検査		年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
理学的・神経学的検査		年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	その他検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
9.	発症(受傷)から 現在までの経過	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・所見および症状の経過（治療内容・経過等）					
10.	「在宅療養とは」	傷害または疾病により、医師の医学的見地にもとづく指示を受けて、軽い家事および必要最小限の外出を除き、自宅等で、治療に専念することをいいます。					
医師の指示による 在宅療養	在宅療養の指示	指示をした		指示をしていない			
	指示をされている場合	在宅療養を指示した日： 年 月 日					
	転帰：	<input type="checkbox"/> 在宅療養継続 <input type="checkbox"/> 在宅療養終了	（終了時期 年 月 日頃）				
11.	医科診療報酬 点数 「在宅患者診療・ 指導料」の算定日	医療診療報酬点数表「在宅患者診療・指導料」のうち、次のコードが算定されている場合は以下に記入ください。 ※自宅等において治療に専念している期間の、「初回算定日」、「最終算定日」、「治療継続の有無」を記入ください ※退院後、在宅療養を行い治療に専念している場合、または、在宅療養を行った後入院した場合は、「入院期間」「在宅患者診療・指導料の算定日」の両方を記入ください <対象とする算定コード> C001 在宅患者訪問診療料 C002 在宅時医学総合管理料 C003 在宅がん医療総合診療料 C005 在宅患者訪問看護・指導料 C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 C007 訪問看護指示料 C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 C010 在宅患者連携指導料 C011 在宅患者緊急時カンファレンス料 C012 在宅患者共同診療料 C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 初回算定日 年 月 日 ~ 最終算定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中					
12.	診断名等	病理組織診断名	大腸の場合：組織学的壁深達度		TNM分類		
	診断確定日	年 月 日		M SM以深 T () N () M ()			
悪性新生物 上皮内新 場 物 合	診断確定までに 行われた検査の概要	検査名	検査日	結果判明日	検査結果の概要		
		ア.病理組織学的検査	年 月 日	年 月 日			
		イ.細胞学的検査	年 月 日	年 月 日			
		ウ.内視鏡検査	年 月 日	年 月 日			
		エ. ()	年 月 日	年 月 日			

13. 身体の障がい状態 身体に障がい状態が認められる場合は、以下 ア～オ にご記入ください。

ア 現在、公的障害年金における障害等級2級以上の認定を受けているか はい いいえ 不明

イ 現在、精神障害者保健福祉手帳における障害等級2級以上の認定を受けているか はい いいえ

ウ 下記、1～7の特定障害状態のいずれかに該当するか（はいの場合は、下記該当する状態を記入ください） はい いいえ

障害の種類	該当する状態
1 眼の障害	<input type="checkbox"/> ア 視力を矯正しても両眼の視力の和が0.08以下である <input type="checkbox"/> イ 両眼の視野がそれぞれ5度以内である <input type="checkbox"/> ウ 両眼の視野がそれぞれ1/4の視標で中心10度以内におさまるもので、かつ、1/2の視標で中心10度以内の8方向の残存視野の角度の合計が56度以下である
2 聴覚の障害	<input type="checkbox"/> ア 両耳の平均純音聴力レベル値が90デシベル以上である <input type="checkbox"/> イ 両耳の平均純音聴力レベル値が80デシベル以上で、かつ最良語音明瞭度が30%以下である
3 そしゃく 嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> ア 経口的に食物を摂取することができない、もしくは流動食しか摂取できない <input type="checkbox"/> イ 経口的に食物を摂取することが極めて困難である（食餌が口からこぼれ出るため常に手、器物等でそれを防がなければならないもの、または、一日の大半を食事に費やさなければならない程度のもの） ※歯の障害による場合は、補綴等の治療を行った結果によるものとします。
4 音声・言語 機能障害	<input type="checkbox"/> ア 発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらかまたは両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成り立たない <input type="checkbox"/> イ 口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）、歯音・歯茎音（さ行、た行、ら行等）、歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）、軟口蓋音（か行音、が行音等）の4種の語音のうち3種以上が発音不能または極めて不明瞭なため、日常会話を誰が聞いても理解できない
5 上肢障害	<input type="checkbox"/> ア 両上肢の母指と示指または中指を基節骨の基部から欠き、有効長が0である <input type="checkbox"/> イ 両上肢の母指と示指または中指の用を全く廃した程度の障害のため両手とも指間に物をはさむことはできても、1指を他指に対立させて物をつまむことができない <input type="checkbox"/> ウ 1上肢の全ての指を基節骨の基部から欠き、有効長が0であるか、1上肢すべての指が著しい変形、麻痺などで指がない場合とほとんど同程度の機能障害がある <input type="checkbox"/> エ 1上肢の3大関節中いずれか2関節以上の関節が、つぎのいずれかに該当する程度である ①不良肢位で強直している ②関節の最大他動可動域が、健側の他動可動域の半以下に制限され、かつ筋力が半減している ③筋力が著減または消失している <input type="checkbox"/> オ 両上肢の3大関節中それぞれ1関節の最大他動可動域が、生理的運動範囲の半以下に制限され、かつ筋力が半減し、食事、洗顔、排便、着替えなどの日常生活動作のほとんどが一人で全くできないか非常に不自由である
6 下肢障害	<input type="checkbox"/> ア 両下肢の10趾を中足趾節関節以上で欠く <input type="checkbox"/> イ 1下肢を足関節のショパール関節以上で欠く <input type="checkbox"/> ウ 1下肢の3大関節中、いずれか2関節以上の関節がつぎのいずれかに該当する程度である ①不良肢位で強直している ②関節の最大他動可動域が、健側の他動可動域の半以下に制限され、かつ筋力が半減している ③筋力が著減または消失している <input type="checkbox"/> エ 1下肢の3大関節中それぞれ1関節の最大他動可動域が、生理的運動範囲の半以下に制限され、かつ筋力が半減し、歩行が一人で全くできないか非常に不自由である <input type="checkbox"/> オ 1下肢の3大関節中それぞれ1関節が完全に用を廃し、その下肢を歩行時に全く使用することができない
7 体幹の障害	<input type="checkbox"/> ア 室内では、起立移動が可能であるが、野外では、杖、松葉杖、その他の補助用具が必要である

エ 障がいの原因となる傷害または疾病の発生日 年 月 日

オ 障がい状態に該当していた期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃 継続中

14. 特定治療行為の有無 該当の治療がある場合は○のうえ実施日を記入ください

ア 心臓移植術の施行 イ 人工心臓の装着 ウ CRT、CRT-D（心臓再同期医療機器）の装着

エ 喉頭全摘出術の施行 オ ・人工肛門を永久的に造設し、かつ、新膀胱を永久的に造設または尿路変更術を施行
・人工肛門を永久的に造設し、かつ、完全排尿障害（カテーテル留置または自己導尿の常時施行を必要とする）状態

カ 永続的な人工透析の施行 実施日 年 月 日

15. 意思能力 給付金等を請求し、受取る行為の意味を理解できますか 理解できる 理解できない その他 ()

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