

就業不能証明書（診断書兼入院・通院等証明書）

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. 前医の紹介	有 医療機関・医師名： 無 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日	4. 既往症の保持	有 傷病名： 無 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
5. 初診	初診 年 月 日 ~ 終診 年 月 日	現在加療中					
治療期間	入院期間	1回目 年 月 日 ~ 年 月 日	退院 転院 入院中				
		2回目 年 月 日 ~ 年 月 日	退院 転院 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					
		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					
		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	診療報酬点数手術区分番号	手術日				
		K -	年 月 日				
		K -	年 月 日				
7. 投薬内容	薬剤名	投薬・処方日					
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	なし	あり			
	理学的・神経学的検査	年 月 日	なし	あり			
	その他検査	年 月 日	なし	あり			
	病理組織診断確定日（悪性新生物の場合）	年 月 日	病理組織診断結果		T N M		
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. 医師の指示による在宅療養	「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。なお、軽労働または座業ができる場合は、在宅療養をしているとはいいません。					
	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		
		在宅療養期間：	年	月	日 ~	年	月 日
		在宅療養終了時期：	年	月	日頃		
在宅療養期間における身体状況	軽労働（梱包、検品等の作業）	可能		不可能			
	座業（事務等）	可能		不可能			
11. 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			