

就業不能証明書A（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.	前医は 主治医 の紹介	<input type="checkbox"/> 有 医療機関・医師名： <input type="checkbox"/> 無 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日	4. 既往症は 保持	<input type="checkbox"/> 有 傷病名： <input type="checkbox"/> 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																								
期間	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																														
	輸血		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	<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																														
	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)からの経過等	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）																																
		現在(証明日時点の直近)の主訴・所見・症状および通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状等																																
		今後の治療予定（入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール（通院頻度等））																																
10.	在宅療養期間 について	在宅療養とは	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。																															
		上記在宅療養の指示	<input type="checkbox"/> 指示をした					<input type="checkbox"/> 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																															
			在宅療養の指示： <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了（終了時期 年 月 日頃）																															
		(a)軽労働（梱包、検品等の作業）が不可能である期間：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																															
		(a)が「あり」の場合の期間：	年 月 日～ 年 月 日					<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了																										
		(b)座業（事務等）が不可能である期間	： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																															
(b)が「あり」の場合の期間：	年 月 日～ 年 月 日					<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了																												
11.	請求意思能力	給付金等を請求し、受取る行為の意味を理解できますか			<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> 理解できない	その他（ ）																											
上記のとおり証明します。		所在地			証明日			年 月 日																										
病院または診療所の		名称			医師氏名			印																										
		電話番号																																