

診断書をご記入いただくにあたってのお願い

ご担当される先生へ

当診断書は、当社にご加入のお客様よりご請求いただいた給付金について、お支払いの要件に該当するかを判断させていただくためのものがございます。

お忙しいところ恐れ入りますが、各項目についてなるべく詳細かつ具体的にご記入くださいますようお願いいたします。

- 訂正が生じた場合は、必ず証明印と同一印による訂正印を押印ください。
- 記入内容につきまして、当社より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ひ申し上げます。
- 入院期間や手術等が記入しきれない場合は、別紙にご記入ください。
その際は、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても署名・証明印を押印ください。

項目		解説・注意点	
2.	ア. 入院・手術等治療の原因となった傷病名	・治療の原因(契機)となった傷病名をご記入ください。 ・該当する傷病名が複数ある場合は、全てご記入ください。	
	イ. アの原因	・アの原因となる傷病等があればご記入ください。 ・ケガの場合は受傷原因(交通事故・転倒事故等)をご記入ください。	
	ウ. ア以外で加療の必要があった傷病(合併症含む)	・ア以外に加療の必要があった傷病や合併症がありましたらご記入ください。	
	(ア～ウ)傷病発生年月日	・傷病発生年月日(ケガの場合は受傷日)をお分かりになる範囲でご記入ください。 ・不詳の場合は「不詳」とご記入ください。	
	エ. アの初診日	・貴院におけるアの傷病に関する最初の診察日をご記入ください。 (貴院他科での診察を含みます)	
	オ. 入院または手術の指示をした日	・貴院において、入院または手術が必要だと判断され、患者さまへ説明した日をご記入ください。	
	カ. 受診のきっかけ	・アの初診日はどのようなきっかけで受診されたか、該当するものに☑を入れてください。	
	キ. 発症(受傷)から治療に至るまでの経緯	・発症から今回の治療に至る経緯について、お分かりになる範囲でご記入ください。	
ク. 傷病名告知	・傷病名について患者さま本人に、「いつ」「何と」告げたかご記入ください。		
3.	入院期間	・治療を目的とした入院期間をご記載ください。	
4.	手術 輸血	・診療報酬点数表において「手術料」「輸血料」の算定対象となる診療行為は全てご記入ください。	
5.	前医又は紹介医	・紹介状等が無い場合でも、お分かりになる範囲でご記入ください。	
6.	既往症・持病	・認知症・軽度認知障害とそれ以外の既往についてそれぞれ「有」か「無」を選択いただき、「有」の場合は、お分かりになる範囲で医療機関名・治療時期等をご記入ください。 これまでに軽度認知障害・認知症の加療がある場合は、これまでの加療をすべてご記入ください。	
7.	認知症 軽度認知障害 の場合	「器質性認知症」・ 「軽度認知障害」の診断	・「器質性認知症」、「軽度認知障害」、「診断確定なし」のいずれかを○で囲んでください。
		診断確定日	・器質性認知症、または軽度認知障害の診断確定日をご記入ください。 ・いずれも診断されている場合は、それぞれの診断確定日をご記入ください。
		診断確定までに行われた検査	・診断確定までに行われたすべての検査の検査名、検査日、検査結果をご記入ください。
		DSM-5による 軽度認知障害診断基準	・軽度認知障害と診断されている場合、米国精神医学会編「DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル」の4つの診断基準のうち、該当するものにすべて☑を入れてください。
8.	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るか、「理解できる」、「理解できない」、「その他」のいずれかを○で囲んでください。「その他」を選択された場合は理由をご記入ください。	

お問い合わせ

ライフネット生命保険株式会社

0120-717991 (通話無料) 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)