

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、弊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、抗がん剤および放射線治療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・手術等の原因となった傷病名	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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.ア以外で入院加療の必要があった傷病(合併症含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・ア以外に入院加療が必要で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)傷病発生日	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病発生日(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	<ul style="list-style-type: none"> ・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. 受診のきっかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	カ. 発症(受傷)から治療に至るまでの経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	キ. 入院または手術の指示をした日	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	ク. 妊娠について	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さまが女性の場合、「妊娠していない」か「妊娠中」のいずれかを○で囲んでください。 妊娠中の場合は、お分かりになる範囲で妊娠判明日をご記入ください。
ケ. 傷病名告知	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病名について患者さま本人に、「いつ」「何と」告げたとご記入ください。 	
3.	入院期間	<ul style="list-style-type: none"> ・(妊娠・分娩の場合)治療目的とした期間のみご記載ください。記載いただいた入院期間について、傷病等の治療に該当せず、正常妊娠・正常分娩であるため公的な医療保険が適用されない期間がありましたら、合わせてご記入ください。
4.	手術 輸血	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性新生物および悪性新生物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。
7.	診断名等	<ul style="list-style-type: none"> ・病理組織学的検査を施行された場合は、病理組織診断名をご記入ください。 ・大腸の場合は、組織学的壁深達度「M」か「SM以深」かを○で囲んでください。 ・TNM分類は、手術をされている場合、術後のTNM分類を優先してご記入ください。
	診断確定日	<ul style="list-style-type: none"> ・診断確定日は、貴院において、生検もしくは手術標本等により、最初に病理組織診断が確定された日をご記入ください。 病理組織学的検査を施行されていない場合は、その他の所見により診断確定された日をご記入ください。
	診断確定までに行われた検査の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・診断確定までに行われた検査の検査日、結果判明日、検査結果をご記入ください。
	抗がん剤(ホルモン療法)	<ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤治療やホルモン療法を行っている場合は、薬剤名をご記入いただき、公的医療保険制度適用について「有」か「無」かを○で囲んでください。 ・経口薬の場合は処方期間、経口薬以外の場合は投与日をご記入ください。
	放射線治療(温熱療法を含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線や温熱療法を行っている場合は、診療報酬点数表上の名称と区分番号をご記入ください。 ・施行期間および施行日をそれぞれご記入ください。
今後の治療予定	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の治療予定について該当箇所を○で囲んでください。 ・その他の場合は具体的な治療内容を()にご記入ください。 	
8.	先進医療	<ul style="list-style-type: none"> ・貴院にて評価療養として施行が認められている先進医療のみご記入ください。 ・受療者が支払った先進医療の技術料のみご記入ください。
9.	請求意思能力	<ul style="list-style-type: none"> ・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)