

## 治療証明書(診断書)

ライフネット生命保険株式会社行

1. 氏名	(カルテNo.)	性別	生年月日	年	月	日	
2. 傷病名等	傷病発生年月日						
ア. 入院・手術等の原因となった傷病名				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. ア以外で入院加療の必要があった傷病(合併症を含む)				年	月	日	医師推定 患者申告
エ. アの初診日	年 月 日						
オ. 受診のきっかけ	□前医紹介(紹介状:あり・なし) □症状が出現し自主的に受診 □緊急搬送 □健診指摘による検査目的(健診日: 年 月 日) □主訴なし(健診・人間ドック目的) □その他( )						
カ. 発症(受傷)から治療に至るまでの経緯							
キ. 入院または手術の指示をした日	年 月 日	ク. 妊娠について	妊娠していない 妊娠中	妊娠判明日	年 月 日		
ケ. 傷病名告知	年 月 日	に、患者本人へ( )と告げた					
3. 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		
	3回目以降	入院期間と転帰をご記入ください。(例YYYY/MM/DD～YYYY/MM/DD退院)					
	正常妊娠・分娩のため公的医療保険が適用されない期間 : 年 月 日～年 月 日						
4. 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				
上記以外に手術があれば、手術名、診療報酬点数区分番号、手術日をご記入ください。(例XXX術 K-XXX YYYY/MM/DD)							
5. 前医又は紹介医	有 無	医療機関名:	初診日	年 月 日頃			
6. 既往症	悪性新生物	有 無	傷病名:	治療時期:			
	上記以外	有 無	医療機関名:				
7. 悪性新生物 上皮内新生物 の場合	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			
			M SM以深	T ( ) N ( ) M ( )			
	診断確定日	年 月 日					
	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				
	抗がん剤治療 (ホルモン療法)	薬剤名	公的医療保険制度適用				
			有 無				
経口薬の処方期間		経口薬以外の投与日					
	年 月 日～年 月 日	① / / ② / / ③ / / ④ / / ⑤ / / ⑥ / / ⑦ / / ⑧ / /					
放射線治療 (温熱療法を含む)	放射線または温熱療法の名称	診療報酬点数放射線区分番号	部位				
		M -					
	施行期間	施行日					
	年 月 日～年 月 日	① / / ② / / ③ / / ④ / / ⑤ / / ⑥ / / ⑦ / / ⑧ / /					
今後の治療予定	ア 手術 イ 抗がん剤 ウ 放射線 エ 経過観察 オ その他( )						
8. 先進医療	技術名	技術料	円				
	治療の実施日	年 月 日～年 月 日 (実施回数 回)					
9. 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			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	

注) 入院・手術等、記載しきれない場合は、別紙にご記入ください。  
※お願い 訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印ください。

LIAJ058-E01-202106