

入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉のご記入要領

《ご担当の先生へ：ご記入上のお願ひ》

- ①訂正や追記が必要な場合には、証明印と同じ印を押印ください。
- ②ご記入に際してご留意いただきたい点および記入例を以下に掲載いたしますのでご参照ください。
- ③ご記入後は、この紙片を切り離しのうえ、「入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉」のみを患者様にお渡しく下さい。

※内容にご不明な点がある場合には、当社より照会・確認させていただくことがございます。

[お問い合わせ] FWD 生命保険株式会社 総合サービスセンター：0120-211-901（通話料無料）

記入例

（提出先）FWD生命保険株式会社

入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉

1	氏名	カルテ番号	性別	生年月日	年	月	日
2	(ア)入院(手術)等の契機となった傷病名	ICD-10コード	診断確定日	傷病発生年月日	いずれかに○印をしてください		
	(イ)入院の原因		年	月	日	年	月
	(ウ)入院中に治療を行った合併症(入院加療の必要あり)		年	月	日	…(ウ)に対する入院中の治療期間	
3	初診	2021年6月10日	2021年11月10日	終診	現在加療中		
4	治療期間	日帰り入院	2021年7月1日	2021年7月30日	2021年8月20日	2021年8月30日	
	入院期間	平日	2021年7月1日	2021年7月30日	2021年8月20日	2021年8月30日	
5	発病(受傷)から現在までの経過(主訴、検査内容および検査結果、治療内容、経過等)をご記入ください。…	1ヶ月くらい前から咳が続き様子を見ていたが、血痰を認めため、2021.6.10当院呼吸器内科受診。胸X線検査で肺野陰影、気管支鏡検査で上記診断。手術適応と判断し、2021.7.10下記手術施行。2021.7.30退院、退院後未だにフォロー中。脳転移認めため放射線治療目的に入院となる。					
6	子宮頸部異形成の場合	病理組織学的検査の有無	検査名	検査結果	診断確定日をご記入ください		
7	施行された検査	診断確定日	2021年6月30日	診断名	扁平上皮癌		
	上記以外の検査	TNM分類	①T(2) ②N(1) ③M(0)	国際疾病分類、腫瘍学コード	[M-8070 / 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]		
	最終の病理組織学的検査	検査名	2021年6月10日	診断名	肺癌細胞診でclassV		
	悪性新生物の種類	①. 上皮内癌・非浸潤癌	②. 浸潤性・その他	③. 不明	2021年7月20日		
	悪性新生物の種類	診断確定日	2021年7月20日	診断名	扁平上皮癌		
8	手術	手術の種類	手術の内容	手術日	治療部位	3回目以降(備考等)	
9	脱毛症状	がんの治療を直接の原因として、頭髪に脱毛の症状が生じていますか。	□はい □いいえ	症状確認日	年 月 日		
10	先進医療	1. □あり 2. <input checked="" type="checkbox"/> なし	治療の実施日	年 月 日	特定承認医療機関となった承認日	年 月 日	
11	放射線治療および温熱療法	部位	総線量	Gy	期間	2021年8月21日	2021年9月5日
12	請求意思能力	受療者は保険金・給付金を請求し、受取行為の意思を理解できると思われますか?	□できる □できない				
13	既往症	病名	年 月 日	年 月 日	日頃まで		

必ず証明印を押印ください（原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印）

A: 傷病名

- 入院・手術・通院等の原因となった傷病名が複数ある場合にはすべてご記入ください。
- 「2(A)」の原因となる傷病等があればご記入ください。(例:けがの場合は受傷原因「交通事故」「転落」等をご記入ください。)
- 入院加療の必要があった合併症があれば、傷病名・診断確定日・入院中の治療期間をご記入ください。

B: 治療期間

- 初診日は、貴院における「2(A)」の傷病名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)
- 第3回目以降の入院があれば、汎用欄に「入院日」「退院日」をご記入ください。また、別紙にご記入される際は「別紙あり」と明記いただき、別紙についても証明印を押印ください。
- カッコ内の(入院を指示した日)に、入院が必要だと指示された日を必ずご記入ください。

C: 経過

- 発病から現在までの経過をご記入ください。いつ頃からどのような症状があったか、また検査内容および検査成績、治療内容、経過等をご記入ください。
- 現在の治療内容を具体的にご記入ください。

D: 子宮頸部異形成の場合

- 子宮頸部異形成の場合には、コルポ組織診断等による「CIN」をご記入ください。

E: 悪性新生物の場合

- 悪性新生物の場合、「病理組織診断名」「診断確定日」等について必ずご記入ください。
- 病理組織診断の他に悪性診断がある場合は、その診断日と診断方法もご記入ください。
- 「がん治療についての所見」は証明日時点の状態について必ずご記入ください。
- 担当がん状態とは画像等の検査所見によりがんを体内に持っていることを客観的に判断できる状態に持っています。
- 現在の治療にともなう通院治療日に漏れなく○印をしてください。往診日も含みます。通院予定日は除きます。

F: 手術および処置名

- 診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべてご記入ください。
- 診療報酬点数表で「処置料」が算定される処置であっても、持続ドレーナージ、胸腔ドレーナージ、気管切開などはこの欄にご記入ください。
- 手術の種類・手術の内容は該当する項目に○印をしてください。
- 診療報酬点数表において「手術料」が一連の治療過程につき1回のみ算定される手術は、同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。(例:網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術 など)
- 診療報酬点数表において「手術料」が1日につき算定される手術は、同一の手術欄にすべての手術日をご記入ください。(例:大動脈バルーンパンピング法、人工心臓 など)

G: 先進医療

- 先進医療にて加療された場合は、「治療の種類」「実施日」「特定承認医療機関となった承認日」「受領者が負担すべき先進医療の技術料」をご記入ください。(厚生労働省が定める施設と治療の種類に限ります。)

H: 放射線治療および悪性新生物温熱療法

- 放射線治療、悪性新生物温熱療法を実施された場合には、「照射内容」「診療報酬区分」「治療期間」をご記入ください。骨髄移植前の処置の場合も含みます。

入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉

(提出先) FWD生命保険株式会社

1	氏名	カルテ番号()	性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	生年月日 年 月 日	年 月 日	
2	(ア)入院(手術)等の契機となった傷病名	ICD-10コード	診断確定日	傷病発生年月日	いずれかに○印をしてください		
	(イ)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 医師推定 <input checked="" type="radio"/> 患者申告		
	(ウ)入院中に治療を行った合併症(入院加療の必要あり)		年 月 日	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 医師推定 <input checked="" type="radio"/> 患者申告		
3	治療期間	初診	年 月 日 ~ 年 月 日		<input checked="" type="radio"/> 終診 <input checked="" type="radio"/> 現在加療中		
	※日帰り入院を含みます	日帰り入院	入院日 年 月 日 ※入院退院が同一の入院で、かつ、入院基本料が算定されている場合にご記入ください				
		入院期間	第1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 入院中 <input checked="" type="radio"/> 退院
3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください(入院中の場合は「現在入院中」と付記ください)							
4	前医又は紹介医	医療機関名	医師名	受療期間	年 月 日頃 年 月 日頃		
5	発病(受傷)から現在までの経過(主訴、検査内容および検査結果、治療内容、経過等)をご記入ください。*現在の治療内容につきましても詳細にご記入ください。						
6	子宮頸部異形成の場合	コルポ組織診、術後病理検査等による CIN: ①・②・③	診断確定日をご記入ください 年 月 日				
7	施行された検査および検査結果	病理組織学的検査の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → 「なし」の場合、今後病理組織学的検査の実施予定: <input type="checkbox"/> あり(予定時期 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定					
		最初の病理組織学的検査	診断確定日	年 月 日			
			診断名				
	上記以外の検査	TNM分類	①T() ②N() ③M()				
		国際疾病分類、腫瘍学コード	【M- / ①, ②, ③, ⑥, ⑨】 ※該当するものに (○) をしてください。				
		検査名	診断日	診断結果			
		細胞学的検査	年 月 日				
	悪性新生物の種類	内視鏡的検査	年 月 日				
		CT-MRI	年 月 日				
	最終の病理組織学的検査	その他()	年 月 日				
種類		①. 上皮内癌・非浸潤癌 ②. 浸潤性・その他 ③. 不明					
診断確定日		年 月 日					
悪性告知	本人	[年 月 日]頃 []と告げた					
	家族	[年 月 日]頃 []と告げた					
がん治療についての所見	①証明日時点でがん状態である。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	②①で「はい」の場合、判断根拠となる検査内容および所見を具体的にご記入ください。						
	③証明日時点での治療内容につきまして、以下のいずれに該当するかご記入ください。(※治療内容の詳細につきましても以下にご記入ください。)						
通院	通院年月	悪性新生物に対する治療(手術、投薬、放射線治療、化学療法等)にともなう通院日を○で囲んでください。*経過観察のための診察や検査のみで、治療行為を伴わない通院は含みません。					
	計	日					
8	手術の種類	(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術(含開心術)・胸腔鏡下手術 (4)開腹術・腹腔鏡下手術 (5)レーザー手術 (6)ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療(四肢・四肢以外) (7)経皮的 (8)経尿道的 (9)経腔的 (10)その他()					
	手術の内容	・筋骨関係の手術の場合(① ②) ・手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中枢側に(③ ④) ・植皮術・筋皮弁術の場合(25cm以上・25cm未満) ・口腔内の手術の場合、顎骨を(⑤ ⑥) ・筋・腱・靭帯に操作が(⑦ ⑧) ・穿頭術の場合(新たな穿頭による・既存の穿頭を使用)					
	診療報酬点数区分	手術名	手術日	治療部位	3回目以降・備考等		
	乳房の再建術を行った場合						
皮下埋込型ポート・リザーバーを抜去した場合							
9	脱毛症状	がんの治療を直接の原因として、頭髮に脱毛の症状が生じていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			症状確認日	年 月 日	
10	先進医療	1. <input type="checkbox"/> あり	治療の種類	特定承認医療機関となった承認日	年 月 日		
	2. <input type="checkbox"/> なし	治療の実施日	年 月 日 ~ 年 月 日(実施回数 回)	受療者が負担すべき先進医療の技術料のみをご記入ください	円		
11	放射線治療および温熱療法	部位	総線量 Gy	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	区分	M	定位照射	密封小線源	温熱療法	その他()	
12	請求意思能力	受療者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できると考えられますか? <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない					
13	既往持病	病名() (当院) (科) ・ (他院) (病院) (入院) (通院) 手術 (有) (無) 治療期間または時期 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃まで					
上記のとおり証明します。 年 月 日							
病院または診療所の所在地 名称および科名 電話番号						医師氏名	

【お願い】追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所証明印による訂正印を押印ください。封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

