

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	男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	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 医師推定 患者申告	
	(イ)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日	医師推定 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	(ウ)に対する入院中の治療期間 年 月 日～年 月 日		
3	治療期間	初診	年 月 日～年 月 日		終診 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
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: Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	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			
	TNM分類		①T() ②N() ③M()			
	上記以外の検査	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			
		内視鏡的検査	年 月 日			
	悪性新生物の種類	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			
		最終の病理組織学的検査	診断確定日	年 月 日		
診断名						
TNM分類	①T() ②N() ③M()					
悪性告知	種類	①. 原発 ②. 再発 ③. 転移 ④. その他() 大腸癌の深達度: ①.M ②.SM以深				
	本人(有)無 []年 月 日頃 []と告げた 家族(有)無 []に []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。) <input type="checkbox"/> がんの治療を直接の目的(切除や塞栓術等の手術、放射線治療、化学療法や抗癌剤投与等)とするものである。 <input type="checkbox"/> 治療はがんの再発の防止(経過観察、再発防止目的での投薬等)を目的とするものである。 <input type="checkbox"/> その他(詳細を以下にご記入ください)。 ※治療内容の詳細をご記入ください。					
	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。			
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(観血・非観血) ・手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中枢側に(及ぶ・及ばない) ・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(削っている・削っていない) ・筋・腱・靭帯に操作が(及ぶ・及ばない) ・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	皮膚埋込型ポート・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. 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. 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
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。 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 (印)						

【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。

