

入院・手術・通院等証明書（診断書）のご記入要領

《ご担当の先生へ：ご記入上のお願い》

- 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）」のみを患者様にお渡しください。
※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

入院・手術・通院等証明書（診断書）

（提出先）FWD生命保険株式会社

1	氏名	カルテ番号	性別	生年月日	年 月 日
A	(ア)入院(手術)等の契機となった傷病名	肺癌	ICD-10コード	診断確定日	傷病発生年月日
	(イ)(ア)の原因				
	(ウ)入院中に治療を行った合併症(入院加療の必要あり)				
B	治療期間	初診	2021年 6月 10日	2021年 11月 10日	終診
	※日帰り入院を含みます	入院日	2021年 7月 1日	2021年 7月 30日	入院中
4	前医又は紹介医	医師名	医療機関名	受療期間	年 月 日頃
5	発病(受傷)から現在までの経過をご記入ください。	1ヶ月くらい前から咳が続き様子を見ていたが、血痰を認めたため、2021.6.10当院呼吸器内科受診。胸部X線検査で肺癌疑われ、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。術後に化学療法を行い重大な副作用もなく2021.7.30退院、今後は外来にてフォロー予定となる。			
C	子宮頸部異形成の場合	病理組織診断名	扁平上皮癌		
	悪性新生物の場合	診断結果	肺癌		
D	手術の種類	(1)開胸術 (2)開胸鏡 (3)開胸鏡(含開胸鏡)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 (7)経皮的 (8)経尿道的 (9)経腔的 (10)その他	胸腔鏡下肺悪性腫瘍		
	手術の内容	持続的胸腔ドレーナージ			
E	急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、軽労働・産業以上の労働制限を必要としましたか?	必要		
	脳血管疾患の場合	脳血管疾患の発病日(初診日)からその日を含めて180日以上、あるいは60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していませんか?	はい		
F	先進医療	1.あり 2.なし	特定承認医療機関となった承認日	年 月 日	
	放射線治療	照射部位	総線量	Gy	
G	通院	通院年月	2(A)の傷病名の通院治療日に○印をつけてください。	計 3日	
	請求意思能力	傷病者は保険金・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?	できる		
H	既往症	既往症	2021年 11月 10日頃まで		
	病歴	病名	肺癌		

〔お願ひ〕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を押印してください。封筒に封入し、封緘のうえ提出してください。

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(入院の指示日)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。
- 悪性新生物の場合は、悪性新生物に対する治療内容を具体的に記入ください。

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。
- 今回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、体外衝撃波結石破碎術 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。

入院・手術・通院等証明書（診断書）

(提出先)FWD生命保険株式会社

1	氏名	カルテ番号()	性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	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)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日	<input type="radio"/> 医師推定 <input 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 type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告			
3	治療期間 ※日帰り入院を含みます	初診	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="radio"/> 終診 <input type="radio"/> 現在加療中					
		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 (入院の指示日 年 月 日) <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 退院	第2回目 (入院の指示日 年 月 日) <input type="radio"/> 入院中 <input 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	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医師名	医療機関名	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。)*悪性新生物の場合は、悪性新生物に対する治療内容を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: <input type="radio"/> Ⅰ <input type="radio"/> Ⅱ <input type="radio"/> Ⅲ			診断確定日をご記入ください 年 月 日			
7	病理組織学的検査	1. <input type="checkbox"/> あり 2. <input type="checkbox"/> なし			病理組織診断名をご記入ください 診断確定日をご記入ください 年 月 日			
	上記以外の検査	① 細胞学的検査 ② 内視鏡検査 ③ CT-MRI ④ 腹部超音波検査 ⑤ その他()			診断日	年 月 日		
	悪性新生物の種類	1. <input type="checkbox"/> 原発 2. <input type="checkbox"/> 再発 3. <input type="checkbox"/> 転移 4. <input type="checkbox"/> その他()			該当する悪性新生物の種類があれば選択(○)してください <input type="radio"/> 1.上皮内癌・非浸潤癌 <input type="radio"/> 2.浸潤性・その他			
8	TNM分類	①T() ②N() ③M()			大腸癌の深達度を選択(○)してください <input type="radio"/> 1.M <input type="radio"/> 2.SM以深			
	悪告知	本人 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [年 月 日頃]に病名を[]と告げた 家族 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 []に[年 月 日頃]に病名を[]と告げた						
	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)経膈的 (10)その他()						
9	手術の内容	・筋骨関係の手術の場合(<input type="radio"/> 観血・ <input type="radio"/> 非観血) ・手指・足指の手術の場合 MP関節を含めて中枢側に(<input type="radio"/> 及ぶ・ <input type="radio"/> 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(<input type="radio"/> 削っている・ <input type="radio"/> 削っていない) ・筋・腱・靭帯に操作が(<input type="radio"/> 及ぶ・ <input type="radio"/> 及ばない) ・穿頭術の場合(新たな穿頭による・既存の穿頭穴を使用)						
	診療点数	手術名			手術日	治療部位		
	診療区分	手術日			治療部位	3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。		
9	急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、軽労働・座業以上の労働制限を必要としていましたか?			<input type="radio"/> 必要 <input type="radio"/> 不必要			
10	脳血管疾患の場合	脳血管疾患の発病日(初診日)からその日を含めて180日以上、あるいは60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等他覚的な神経学的後遺症が継続していませんか?			<input type="checkbox"/> はい(180日以上) 「はい」の場合、後遺症を記入してください。 <input type="checkbox"/> はい(60日以上) <input type="checkbox"/> いいえ			
11	先進医療	1. <input type="checkbox"/> あり 2. <input type="checkbox"/> なし			治療の種類	特定承認医療機関となった承認日		
12	放射線治療および悪性新生物温熱療法(骨髄移植の前処置を含む)	照射部位	総線量			年 月 日		
13	通院	区分	M	定位照射	密封小線源	温熱療法 (その他)()		
		期間	開始	年 月 日 ~ 終了 年 月 日				
		通院年月	2(ア)の傷病での通院治療日に○印をつけてください。(治療処置を伴わない薬剤・治療材料の購入や診断書受取のみの場合は含みません)				計	
14	請求意思能力	傷病者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できると思われますか? <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない						
15	既往症	(有の場合、病名・医療機関名・治療期間などおわかりになればご記入ください) 病名() (当院)()科・(他院)()病院 (入院)(通院) 手術(有)(無) 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃まで						
上記のとおり証明します								
所在地 病院または診療所の名称および科名 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してください。封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

