

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）〈新生物用〉」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）〈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	生年月日	年 月 日
2	(ア)入院(手術)等の傷病名	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 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	年 月 日	(ウ)に対する入院中の治療期間
3	治療期間	初診日	入院日	退院日	最終診断日
	※日帰り入院を含みます	2021年 6月 10日	2021年 7月 1日	2021年 7月 30日	2021年 8月 20日
4	前医又は紹介医	医療機関名	医師名	受療期間	年 月 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。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	病理組織学的検査の有無		診断確定日		
	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>		2021年 6月 30日		
7	最終の病理組織学的検査		診断名		
	扁平上皮癌		扁平上皮癌		
8	手術の種類		手術内容		
	胸腔鏡下肺悪性腫瘍		胸腔鏡下肺悪性腫瘍		
9	先進医療		治療の実施日		
	1. ○あり 2. ×なし		2021年 8月 21日		
10	放射線治療		照射内容		
	胸部		50 Gy		
11	請求意思能力		受療者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意思を理解できると思われますか？		
	○あり		できる <input checked="" type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/>		
12	既往症		病名		
	なし		なし		

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(ア)」の原因となる傷病等があればご記入ください。(例:ケガの場合は受傷原因「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(ア)」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を指します。
- 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、人工心肺 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		
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	年 月 日	傷病発生年月日	年 月 日	いずれかに○印をしてください <input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告	
	(イ)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日	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	(ウ)に対する入院中の治療期間		年 月 日～年 月 日	
3	治療期間 ※日帰り入院を含みます	初診	年 月 日～年 月 日		<input checked="" type="radio"/> 終診 <input type="radio"/> 現在加療中			
		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	<input checked="" type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 退院	第2回目	年 月 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	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 : <input checked="" 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	悪性新生物・上皮内新生物の場合	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				
			CT-MRI	年 月 日				
		その他()	年 月 日					
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()						
		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。						
種類		1.□原発 2.□再発 3.□転移 4.□その他() 大腸癌の深達度 <input checked="" type="radio"/> 1.M <input type="radio"/> 2.SM以深						
悪性告知		本人(有) <input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> [年 月 日]頃に[]と告げた 家族(有) <input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> [年 月 日]頃に[]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、判断根拠となる所見を具体的に教えてください。 <input type="checkbox"/> 検査所見(検査内容及び所見についてご教示ください。) <input type="checkbox"/> その他の所見(具体的にご教示ください。) ③証明日時点での治療内容につきまして、下記のいずれに該当するかご教示ください。(※治療内容の詳細につきましては下記にご記入ください。) <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(詳細を下記に記載ください。) ※治療内容の詳細をご記入ください。						
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()						
		・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・既存の穿頭穴を使用)						
8	手術の内容	手術日	年 月 日	備考欄				
		手術日	年 月 日	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	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	
10	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)()	
11	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						
12	既往症	(有) <input checked="" type="radio"/> → 病名() (当院)()科・(他院)()病院 (無) <input type="radio"/> (入院)(通院) 手術(有) <input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> 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。

