

ご担当の先生へ

【入院・手術・通院等証明書（診断書）〈がん保険用（全般）〉作成にあたってのお願い】

拝啓 平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、「入院・手術・通院等証明書（診断書）〈がん保険用（全般）〉」は、患者様に保険金・給付金等のご請求に際し、お支払等の要件に該当するかどうかを判断させていただく大切な書類です。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、以下の《ご記入上のお願い》をご参照のうえ、ご証明いただきたくお願い申し上げます。

なお、作成いただきました「入院・手術・通院等証明書（診断書）〈がん保険用（全般）〉」は、診断書用封筒に封入くださいますようお願い申し上げます。

敬具

《ご記入上のお願い》

1.1欄、2欄、4欄～7欄、12欄、15欄～16欄は必ずご記入ください。
7欄の「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。

2.3欄、8欄～11欄、13欄～14欄は該当する治療がある場合にご記入ください。
8欄および9欄は薬剤が複数ある場合はすべてご記入ください。

3.証明欄（16欄下）にご記入・押印をお願いします。

4.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。

※内容に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。

FWD生命保険株式会社

総合サービスセンター

通話料無料 0120-211-901

入院・手術・通院等証明書（診断書）〈がん保険用（全般）〉

（提出先）FWD生命保険株式会社

1氏名		カルテ番号()		性別	☒ 男性 ☐ 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	
				年 月 日		年 月 日		☐ 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 ※日帰り入院を含みます	初診	年 月 日～年 月 日 ☐ 終診 ☐ 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 ☐ 入院中		第2回目	年 月 日～年 月 日 ☐ 入院中		
			(入院の指示日 年 月 日) ☐ 退院(入院の指示日 年 月 日) ☐ 退院						
4前医 又は紹介医		☒ 有 ☐ 無	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			
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 ☐ あり ☐ なし→「なし」の場合、今後病理組織学的検査の実施予定： ☐ あり(予定時期 年 月 日) ☐ なし ☐ 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()					
		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。					
	上記以外の検査	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		☐ 1.M ☐ 2.SM以深				
悪性告知		本人 ☒ 有 ☐ 無	[年 月 日]頃に[]と告げた		家族 ☒ 有 ☐ 無	[]に[年 月 日]頃に[]と告げた			
がん治療についての所見	①証明日時点で担がん状態である。 ☐ はい ☐ いいえ ②①で「はい」の場合、判断根拠となる所見を具体的にご記入ください。 ☐ 検査所見(検査内容及び所見についてご記入ください。)								
	③証明日時点でのご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。) ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。								



08290200

8	治療の有無	薬剤名	治療期間 ※薬剤料または処方せん料が算定された日のうち、月内最初の日をご記入ください。						
抗がん剤治療	1. ☐ あり→ 2. ☐ なし	公的医療保険制度対象 ☐ 有 ☒ 無 - 1/□無	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	ホルモン剤治療		1. ☐ あり→ 2. ☐ なし	公的医療保険制度対象 ☐ 有 ☒ 無 - 1/□無	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
9がん緩和療養	治療の有無	薬剤名	治療期間 ※薬剤料または処方せん料が算定された日のうち、月内最初の日をご記入ください。						
	がん性疼痛緩和目的の疼痛緩和薬の使用	1. ☐ あり→ 2. ☐ なし	公的医療保険制度対象 ☐ 有 ☒ 無 - 1/□無	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	緩和ケア診療等の入院	1. ☐ あり→ 2. ☐ なし	緩和ケア病棟入院料算定 緩和ケア診療加算算定 有床診療所緩和ケア診療加算算定	左記が算定された入院期間	第1回目 年 月 日～年 月 日 第2回目 年 月 日～年 月 日				
10手術および処置名	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()							
	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・靱帯に操作が(☒ 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)							
	診療報酬点数区分	☒ Ⅰ ☐ Ⅱ	—	手術名		手術日	年 月 日 (手術の指示日 年 月 日)	☒ 左 ☐ 右	3回目以降・備考等 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。
		☒ Ⅲ ☐ Ⅳ	—				年 月 日 (手術の指示日 年 月 日)	☒ 左 ☐ 右	
	乳房の再建術を行った場合	☒ Ⅰ ☐ Ⅱ	—			年 月 日 (手術の指示日 年 月 日)	☒ 左 ☐ 右		
	皮下埋込型ポート・リザーバーを抜去した場合	☒ Ⅰ ☐ Ⅱ	—			年 月 日			
11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。			☐ はい ☒ いいえ	症状確認日	年 月 日		
12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	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						日	
13先進医療	1. ☐ あり 2. ☐ なし	治療の種類				特定承認医療機関となった承認日	年 月 日		
		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」のみご記入して下さい	円		
14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()		
15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？ ☐ できる ☐ できない							
16既往症病	☒ 有 ☐ 無	病名() (当院)(科)・(他院)(病院)							
	☐ 有 ☒ 無	(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									
所在地 病院または名称および科名 診療所の電話番号 医師氏名 ☐ 印									

必ず証明印を押してください（原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印）

LIAJ038-D03-202201 '22.01①200 (W8315)

【お願い】追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所に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。