

ご証明いただくお医者様へ

「診断書」作成にあたってのお願い

明治安田生命保険相互会社

この「診断書」は、特定疾病保険金、7大疾病保険金、がん・上皮内新生物保険金、入院給付金、手術給付金等のお支払要件に該当するかどうかを判断するための基礎書類となります。

ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、以下をご参照の上ご証明くださいますようよろしくお願い申し上げます。

【留意事項】

- ・ご記入の際は、黒インクにてお願いいたします。また、訂正される場合は必ず証明印による訂正をお願いいたします。
- ・○印の項目には、いずれかに○印をご記入ください。
- ・転科等により複数の診療科で治療されている場合は、それぞれの診療科での治療内容についてもご証明くださいますようお願いいたします。
- ・後日、弊社または弊社が委託した会社の担当者より、本診断書の内容についてお伺いさせていただくことがございます。その際にはご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

《 ご記入例 》

発症日が不明の場合は、診断日をご記入ください。

2. 傷病名		ICD-10コード	発症日	初診日	
ア. 入院・手術等の原因 となった傷病名	①	脳梗塞	I63.4	昭和()平成()令和() 30年3月2日	昭和()平成()令和() 30年03月02日
	②			昭和()平成()令和() 年 月 日	昭和()平成()令和() 年 月 日
イ. ア.の原因	①	持続性心房細動	I48	昭和()平成()令和() 29年7月1日	
	②			昭和()平成()令和() 年 月 日	
ウ. 合併症(単独で入院加療 を要した上記ア以外の傷病名)		右大腿骨頸部骨折	S72.0	昭和()平成()令和() 30年3月12日	入院加療対象期間 平成()令和() 30年3月12日~30年5月12日

入院中に併発した傷病が単独で入院加療を要する場合、傷病名、ICD-10コード、発症日、入院加療対象期間をご記入ください。

5. 入院・手術を指示した時期 (入院を指示した日) 平成()令和() 30年 2月 25日 (手術を指示した日) 平成()令和() 30年 2月 25日

「入院を指示した日」「手術を指示した日」を必ずご記入ください。

「生存退院」・「死亡退院」・「入院中」のいずれかにし点をご記入ください。

入院期間		集中治療室治療期間
第1回 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年09月01日 ~ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年09月08日 <input type="checkbox"/> 生存退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院 <input type="checkbox"/> 入院中	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
第2回 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年09月30日 ~ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年10月20日 <input type="checkbox"/> 生存退院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 死亡退院	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
第3回以降の入院期間・集中治療室治療期間は当欄にご記入願います(「生存退院」「死亡退院」「入院中」のご記入もお願いいたします)		

集中治療室とは、厚生労働省告示「基本診療の施設基準等」に定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長または地方厚生支局長に届け出た病院における特定集中治療室および小児特定集中治療室またはそれに準ずる施設をいいます(総合周産期特定集中治療室・新生児特定集中治療室における集中治療室管理やハイケアユニットによる入院医療管理は対象となりません)。

手術を施行された場合は、
○「種類」「手術名」「診療報酬区分」「手術日」「観血/非観血」「原因となった傷病名」欄は必ずご記入ください。
○「種類」が「12.その他」の場合、「筋・腱・靭帯に手術操作が」欄は必ずご記入ください。「手術野が指趾のMP関節を含めて中枢側に」、「植皮術・皮弁術の範囲」、「瘢痕形成術の長さ」欄は、該当する手術を施行された場合にご記入ください。
例えば以下ようになります。
「～軟部腫瘍摘出術」の場合 → 手術操作が、筋・腱・靭帯に及んでいれば「及ぶ」に○印
「～指伸筋腱縫合術」の場合 → 手術野がMP関節を含めて中枢側に及んでいれば「及ぶ」に○印

7. 今回の傷病に関して実施した手術をご記入ください (徒手整復術、持続ドレナージ(胸腔・腹腔、内視鏡的止血術、PTCD、ステント留置術、TAE、気管切開術等を含みます))								
右記1～12の手術のうち該当する (1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術 4.胸腔鏡下手術 5.開腹術 6.腹腔鏡下手術 7.経尿道的 8.経腔的 9.四肢への内視鏡・カテーテル手術 10.四肢以外への内視鏡・カテーテル手術 11.眼科レーザー手術 12.その他())								
種類	手術名 (左右・部位もご記入ください)	手術日	観血/非観血	筋・腱・靭帯に手術操作が	手術野が指趾のMP関節を含めて中枢側に	植皮術・皮弁術の範囲 (25cm未満の場合、直径も記入ください)	痕 癆 形成術の 長さ	原因となった 傷 病 名
12	右手示指伸筋腱縫合術 (K)(J)-(037)	平成 30年09月01日	<input checked="" type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	及ぶ	及ぶ	25cm以上(未満) (直径2cm以上(未満))	3cm以上 (2cm未満)	右手示指伸筋腱断裂
12	右上腕軟部腫瘍摘出術 (K)(J)-(030の1)	平成 30年09月02日	<input checked="" type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血	及ぶ	及ぶ	25cm以上(未満) (直径2cm以上(未満))	3cm以上 (2cm未満)	右上腕部軟部腫瘍
7	左尿管ステント留置 (K)(J)-(783-2)	平成 30年09月07日	<input type="checkbox"/> 観血 <input checked="" type="checkbox"/> 非観血	及ぶ	及ぶ	25cm以上(未満) (直径2cm以上(未満))	3cm以上 (2cm未満)	直腸癌

診療報酬区分は厚生労働省の付番(9桁番号)のものを便宜的に以下のように表記ください。
(例) K043000100 骨搔爬術(肩甲骨、上腕、大腿) ⇒ K043の1
K043000200 骨搔爬術(前腕、下腿) ⇒ K043の2
K043200100 骨関節結核瘻孔摘出術(肩甲骨、上腕、大腿) ⇒ K043-2の1

病理組織診断を行なった場合、必ずご記入ください。

10. 病理組織学的検査等	病理組織診断ありの場合	病理組織診断名	診断日	診断確定日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年03月01日
	病理組織診断なしの場合	検査名	検査日	検査所見	
		検査名	診断日	検査所見	

悪性新生物・上皮内新生物と診断された場合は、必ずご記入ください。

11. 悪性新生物 上皮内新生物の場合	(p)TNM分類	T(1) N(0) M(0)			大腸癌の 壁深達度	(M)・(SM以深)	種類	(1)非浸潤癌(Tis, Ta)または上皮内癌 (2)皮膚癌 (3)1,2以外の悪性新生物
	性状コード (5桁目)	/ (0) (1) (2) (3) (6) (9)			今後の治療方針	(1)手術 (2)放射線・化学療法 (3)緩和ケア (4)経過観察等		
	区分	(1)原発 (2)再発 (3)転移	病名告知	本人に申告	30年 5月 1日頃に病名を[乳癌]と告げた(告げていない)			
	悪性新生物、上皮内新生物の既往	(1)無 (2)有	有の場合、病名、病理組織診断名、診断確定日など					

なお、“悪性新生物・上皮内新生物”、“急性心筋梗塞”、“脳卒中”、“糖尿病”、“慢性腎不全”、“重度の高血圧性疾患”、“肝硬変”および“先進医療”を実施された場合は、特に以下の点にご留意いただき、もれなくご記入ください。

【先進医療の場合】

○「8. 先進医療」欄について

- ・厚生労働大臣が定める先進医療を行なわれた場合、その技術名と実施日(期間)をご記入ください。
(医療技術ごとに厚生労働大臣が定める適応症および施設基準に適合する病院または診療所において行なわれるものに限ります)

【悪性新生物・上皮内新生物の場合】

○「10. 病理組織学的検査等」欄について

- ・病理組織診断が“あり”の場合は、「病理組織診断ありの場合」の行の『病理組織診断名』『診断確定日』欄をご記入ください。
- ・病理組織診断が“なし”の場合は、「病理組織診断なしの場合」の行の『検査名』『診断日』『検査所見』欄に、診断に至った検査名・診断日・検査所見をご記入ください。

○「11. 悪性新生物 上皮内新生物の場合」欄について

- ・全項目ご記入ください。
『大腸癌の壁深達度』欄は、大腸癌の場合に必ずご記入ください。
食道癌でTNM分類がT1aの場合、余白へ亜分類(EP、LPM、MM)をご記入ください。

【急性心筋梗塞の場合】

○「12. 急性心筋梗塞の場合」欄について

- ・転院の有無にかかわらず、患者さまが今回発症された急性心筋梗塞で、初めて医療機関に受診されてからその日を含めて60日以上、“軽労働・座業はできるがそれ以上の活動では制限を必要とする状態”が継続されているか否かをご記入ください(“はい”・“いいえ”のいずれかに○をご記入ください)。

【脳卒中の場合】

○「13. 脳卒中の場合」欄について

- ・転院の有無にかかわらず、患者さまが今回発症された脳卒中で、初めて医療機関に受診されてからその日を含めて60日以上、“言語障害・運動失調・運動麻痺・知覚障害等の他覚的な神経学的後遺症”が継続されているか否かをご記入ください(“はい”・“いいえ”のいずれかに○をご記入ください)。
- ・“はい”の場合(60日以上、他覚的な神経学的後遺症が継続している場合)は、具体的な後遺症をご記入ください。

【糖尿病の場合】

○「14. 糖尿病の場合」欄について

- ・「インスリン治療期間」欄については、継続して実施した期間をご記入ください。
- ・継続したインスリン治療期間が複数ある場合は全てご記入ください(インスリン療法には、妊娠・分娩にかかわるインスリン療法は含みません)。

【慢性腎不全の場合】

○「15. 慢性腎不全の場合」欄について

- ・人工透析法の実施有無についてご記入ください。ありの場合は“有(永続的)”“有(一時的)”のいずれかに○を、なしの場合は“無”に○をご記入ください。
- ・人工透析法の実施ありの場合、開始日および実施回数をご記入ください。

【重度の高血圧性疾患の場合】

○「17. 重度の高血圧性疾患の場合」欄について

- ・眼底所見においてキース・ワグナー分類(KW分類)を選択してください。
I群、II群の場合“高血圧性眼底(I群・II群)”に○を、III群、IV群の場合“高血圧性網膜症(III群・IV群)”に○をご記入ください。
- ・“高血圧性網膜症(III群・IV群)”を選択された場合、III群以上となった診断確定日をご記入ください。

【肝硬変の場合】

○「16. 肝硬変の場合」欄について

- ・肝硬変と診断されたときは、診断日、検査方法・検査名をご記入ください。

診断書

明治安田生命保険相互会社 御中

1. 氏名		(カルテ番号)	性別	男・女	生年	大正 昭和 平成 令和	年	月	日								
2. 傷病名		ICD-10コード	発症日		初診日												
ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	①		昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	終診 加療中						
	②		昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	終診 加療中						
イ. ア.の原因	①		昭和 平成 令和	年	月	日											
	②		昭和 平成 令和	年	月	日											
ウ. 合併症単独で入院加療を要した上記以外の傷病名			昭和 平成 令和	年	月	日	入院加療対象期間 (平) 年 月 日 ~ 年 月 日										
3. 前医または紹介医	(無)・(有)	傷病名・医療機関名	診療期間		平 令	年	月	日	平 令	年	月	日					
4. アイに関連する既往症(5年以内)	(無)・(有)	傷病名・医療機関名	診療期間		平 令	年	月	日	平 令	年	月	日					
5. 入院・手術を指示した時期	[入院を指示した日] 平成・令和 年 月 日		[手術を指示した日] 平成・令和 年 月 日														
6. 入院 入院期間						集中治療室治療期間											
第1回	平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日	生存退院 死亡退院 入院中	平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日
第2回	平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日	生存退院 死亡退院 入院中	平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日
第3回以降の入院期間・集中治療室治療期間は当欄にご記入願います(「生存退院」「死亡退院」「入院中」のご記入もお願いいたします)																	
7. 今回の傷病に関して実施した手術をご記入ください(徒手整復術、持続ドレナージ(胸腔・腹腔)、内視鏡的止血術、PTCD、ステント留置術、TAE、気管切開術等を含みます)																	
右記1~12の手術のうち該当する番号をご記入ください (1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術 4.胸腔鏡下手術 5.開腹術 6.腹腔鏡下手術 7.経尿道的 8.経腔的 9.四肢への内視鏡・カテーテル手術 10.四肢以外への内視鏡・カテーテル手術 11.眼科レーザー手術 12.その他())																	
種類	手術名 (左右・部位もご記入ください)	手術日	観血/非観血	筋・腱・靭帯に手術操作が	手術野が指趾のMP関節を含めて中枢側に	植皮術・皮弁術の範囲(25cm未満の場合、直径をも記入ください)	痕形成術の長さ	原因となった傷病名									
	(K)・(J) - ()	平成 令和 年 月 日	観血 非観血	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	25cm(以上)未満 (直径2cm(以上)未満)	3cm以上 3cm未満										
	(K)・(J) - ()	平成 令和 年 月 日	観血 非観血	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	25cm(以上)未満 (直径2cm(以上)未満)	3cm以上 3cm未満										
	(K)・(J) - ()	平成 令和 年 月 日	観血 非観血	及ぶ 及ばない	及ぶ 及ばない	25cm(以上)未満 (直径2cm(以上)未満)	3cm以上 3cm未満										
8. 先進医療	先進医療技術名	厚生労働大臣が定める適応症・施設基準に適合する場合にご記入ください		実施日(期間)	平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日					
9. 放射線照射温熱療法	部位	[開始]	平成 令和	年	月	日	[終了]	平成 令和	年	月	日	総線量 グレイ 50グレイに達した日 (平) 年 月 日 (令) 年 月 日					
区分		M	-	① 定位手術的照射 ② 密封小線源 ③ 温熱療法 ④ その他()													
10. 病理組織学的検査等	病理組織診断ありの場合	病理組織診断名	診断日	平成 令和	年	月	日	診断確定日	平成 令和	年	月	日					
病理組織診断なしの場合		検査名	診断日	平成 令和	年	月	日	検査所見									
11. 悪性新生物 上皮内新生物の場合	(p)TNM分類	T() N() M()	大腸癌の壁深達度	M・SM以深	種類	① 非浸潤癌(Tis, Ta)または上皮内癌 ② 皮膚癌 ③ 1,2以外の悪性新生物											
性状コード(5桁目)		/	① ② ③ ⑥ ⑨	今後の治療方針	① 手術 ② 放射線・化学療法 ③ 緩和ケア ④ 経過観察等												
区分		① 原発 ② 再発 ③ 転移		病名告知	本人に(平) 年 月 日頃に病名を[]と(告げた)・(告げていない)												
悪性新生物、上皮内新生物の既往		① 無 ② 有		有の場合、病名、病理組織診断名、診断確定日など													
12. 急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、軽労働・座業はできるがそれ以上の活動では制限を必要としていましたか		はい いいえ	13. 脳卒中の場合	脳卒中の初診日からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・運動麻痺・知覚障害等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか		はい いいえ	→の場合、具体的な後遺症をご記入ください									
14. 糖尿病の場合	病名(糖尿病Ⅰ型・糖尿病Ⅱ型・妊娠糖尿病) その他()	経口血糖降下剤による血糖値上昇の抑制	可能 不可能	インスリン治療期間	平成 令和	年	月	日	15. 慢性腎不全の場合	人工透析治療法	実施の有無	① 有(永続的)・② 有(一時的)・③ 無					
診断日		平成 令和	年	月	日	診断した検査方法、検査名	17. 重度の高血圧性疾患の場合		眼底所見においてキース・ワグナー分類(KW分類)を選択してください	高血圧性眼底(Ⅰ群)・高血圧性網膜症(Ⅲ群)・Ⅳ群	Ⅲ群以上となった診断確定日	平成 令和	年	月	日		
上記のとおり証明します																	
病院または診療所の名称・診療科 医師名										電話番号()							
令和 年 月 日										印							