

入院・手術・通院等証明書(診断書)

提出先 生命保険株式会社

1 氏名	フリガナ	カルテ番号	性別	生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日
2 傷病名	傷病発生年月日				年 月 日					
ア. 入院(手術)の原因となった傷病名	急性心筋梗塞				22 年 8 月 24 日					
イ. ア. の原因					年 月 日					
3 治療期間	初診 22 年 8 月 24 日 ~ 22 年 9 月 12 日 終診 現在加療中 転院 死亡									
4 前医 紹介医	有	医療機関名	5 既往症 持病	有	病名・医療機関名 龍ヶ崎済生会 心臓血管内科 2009 年 3 月頃 ~ 2010 年 9 月頃					
6 発病(受傷)から初診までの経過(発病時期・日付等もご記入ください。)	2010 年 8 月 24 日 前夜 AMI 発症。20 歳 高血圧 + 高脂血症 + 心臓病をきたし、CCU 管理となり、経過中 DIC を引き起こし、死亡となった。(2010 年 9 月 12 日)									
7 入院	日帰り入院	入院基本料の算定	有	無	入院日	年	月	日		
第 1 回目	2010 年 8 月 24 日 ~ 2010 年 9 月 12 日	退院			現在入院中					
第 2 回目	年 月 日 ~ 年 月 日	退院			現在入院中					
第 3 回目以降の入院があればご記入ください。										
入院中に治療を行った合併症	有	病名	左記病名での入院必要性	有	無	入院中の治療期間	年	月	日	年 月 日
8 治療内容	①内視鏡使用 ☐ 有(9 欄に記載) ☐ 無 ④その他の治療 ☐ 有(下記に内容をご記入ください。) ☐ 無 右記①~③が「有」の場合は 9 欄に施行日等詳細を記入ください。 ②カテーテル使用 ☒ 有(9 欄に記載) ☐ 無 ③持続的ドレナージ処置 ☐ 有(9 欄に記載) ☐ 無									
9 今回の傷病に関して実施した処置・手術	種類	1 開頭術 2 穿頭術 3 開胸術 4 胸腔鏡 5 開腹術 6 腹腔鏡 7 ファイバースコープ・カテーテル 8 経皮的 9 経尿道的 10 経腔的 11 レーザー 12 その他								
施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日
①	8 経皮的冠動脈ステント留置術	549-00	22 年 8 月 24 日	観血	及ぶ	25cm 以上	顔面部	観血	及ぶ	25cm 以上
②	大動脈バルーン拡張法	600-00	22 年 8 月 24 日	観血	及ぶ	25cm 以上	顔面部	観血	及ぶ	25cm 以上
上記以外に行われた処置・手術があれば処置手術名・施行日・手術種類・内容等をご記入ください。										
10 放射線照射	有	部位	() () ()	期間	開始 終了	年 月 日	年 月 日	総線量	Gy	診療報酬点数区分
11 悪性新生物の場合	病理組織・細胞診断名	pT() N() M()	診断確定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
その他の診断方法による場合は、その方法・診断根拠をご記入ください。()										
悪性告知	本人	有	無	[年 月 日頃] に病名を [] と告げた						
悪性告知	家族	有	無	[] に [年 月 日頃] 病名を [] と告げた						
12 急性心筋梗塞の場合	初診日(前医がある場合は前医への初診日)から60日時点で労働の制限を引き続き必要としますか。(労働の制限とは、軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。)									要 不要
13 脳卒中の場合	初診日(前医がある場合は前医への初診日)から60日時点で中枢神経系後遺症がありましたか。									有 無
14 後遺障害	今回の傷病に関連して診断書証明日時点で残存している障害(ADL障害、高次脳機能障害、視力障害等)があればご記入ください。									
15 退院後の通院治療	総合計	日	入院の原因となった傷病に関する退院後の通院治療日をご記入ください。(通院予定日は記入しないでください。)							
年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
通院治療日	通院治療日	通院治療日	通院治療日	通院治療日	通院治療日	通院治療日	通院治療日	通院治療日	通院治療日	通院治療日
計	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計
日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
16 意思能力	現在本人には保険金等を請求する意思能力があると思われますか。									
上記のとおり証明します。										
所在地	茨城県取手市本郷2丁目1番1号									
病院または診療所の名称	取手協同病院									
電話番号	TEL(0297)74-5551代									
医師名	[]									

お願い 訂正の場合、必ず訂正箇所証明印を押印ください。

撮