

ご担当される先生へ

ご記入にあたってご留意いただきたい点をご一読の上、ご記入をお願い申し上げます。 マニユライフ生命保険株式会社

項目	ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考	
2項	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	<ul style="list-style-type: none"> <li>■原因となった傷病名が複数ある場合は、すべて記入してください。</li> <li>■傷病発生年月日はお分かりになる範囲で記入してください。(イ・ウ欄も同様です。)</li> </ul>	■ICD10コードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。
	イ. アの原因	<ul style="list-style-type: none"> <li>■アの原因となった傷病等があれば、すべて記入してください。</li> </ul>	-
	ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■入院治療の必要があった傷病をすべて記入してください。</li> <li>■合併症に対する入院治療が必要であった期間を記入してください。</li> </ul>	■保障内容や傷病によって給付金のお支払内容が異なる場合がございます。
3項	前医・紹介医	<ul style="list-style-type: none"> <li>■アの前医または紹介医があれば、記入してください。</li> </ul>	-
4項	既往症・持病	<ul style="list-style-type: none"> <li>■2項「傷病」欄に関連しないものを含め、お分かりになる範囲で記入してください。</li> </ul>	-
5項	治療期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>■アの傷病に関する最初の診察日を記入してください。(他科での診察を含みます。)</li> <li>■アの傷病の治療状況を、治癒・継続・中止・転医から選択してください。</li> <li>■入院が3回以上ある場合は、診断書最下段余白に3回目以降の入院期間をご記入ください。</li> <li>■分娩を伴う入院の場合で公的医療保険制度の非適用入院期間がある場合は記入してください。</li> <li>■集中治療室で治療された場合は1～5のいずれかを選択のうえ、その期間をご記入ください。</li> </ul>	-
6項	手術	<ul style="list-style-type: none"> <li>■手術給付金のお支払対象となる場合がありますので、診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。</li> <li>■診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が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記入してください。 例) 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術 など</li> <li>■以下のような処置等もあわせて記入してください。 例) 持続的腹腔ドレナージ、胸腔ドレナージ など</li> <li>■手術が3回以上ある場合は、診断書最下段余白に3回目以降の手術についてご記入ください。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■公的医療保険制度の対象有無について有・無いずれかをご選択ください。</li> <li>■Kコード・Jコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。</li> </ul>
7項	先進医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>■貴院にて評価療養として認められている先進医療のみご記入ください。</li> <li>■受療者が支払った先進医療の技術料に対して給付金額が変わりますので、受療者が支払った先進医療の技術料のみをご記入ください。</li> </ul>	-
8項	放射線・温熱療法	<ul style="list-style-type: none"> <li>■種類を1～6から選択してください。「6.その他」は詳細を記入してください。</li> <li>■照射中の場合は、照射済みの範囲で記入してください。</li> </ul>	■Mコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます項目です。
9項	悪性新生物・上皮内新生物	<ul style="list-style-type: none"> <li>■本人または家族に病名を告知した日付と告げた病名を記入してください。</li> </ul>	-
	病名告知	<ul style="list-style-type: none"> <li>■今回治療のガンの罹患以前に何らかのガンに罹患したことがある場合は、「1.有」に○印をつけたうえで、そのガンの病名・発生年月日をお分かりになる範囲で記入してください。</li> </ul>	-
	今回以前の悪性新生物の既往有無	<ul style="list-style-type: none"> <li>■病理組織学的検査を実施している場合は、「1.有」に○印をつけたうえで、病理組織診断名を記入してください。</li> <li>■診断確定日は、生検もしくは手術標本など病理組織診断が確定した最初の日を記入してください。生検日・手術日ではありませんので、ご注意ください。</li> <li>■病理組織診断判明後のTNM分類・ステージ分類等を記入してください。</li> <li>■大腸癌の場合は深達度を選択してください。</li> <li>■GISTの場合はリスク評価を選択してください。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■上皮内癌・非浸潤癌は保険金・給付金等のお支払対象とならない場合があります。</li> <li>■大腸癌の場合は、深達度もお支払い可否判断にあたって必要な項目です。</li> </ul>
	病理組織学的検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>■該当するものに○印をつけてください。</li> </ul>	■種類が「原発」かそれ以外かによってお支払内容が異なる場合がございます。
種類・状態			
10項	急性心筋梗塞	<ul style="list-style-type: none"> <li>■急性心筋梗塞で初診日から60日経過している場合は、「有」「無」どちらかを必ず○で囲んでください。</li> </ul>	■証明日時点で60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。
11項	脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> <li>■脳卒中で初診日から60日経過している場合は、「有」「無」どちらかを必ず○で囲んでください。</li> </ul>	■証明日時点で60日経過していない場合は、後日証明をお願いする場合がございます。
12項	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>■該当する指導管理料の算定内容に○印をつけてください。</li> <li>■上記が算定された年月を記入してください。</li> <li>■インスリン製剤やインクレチン製剤などの治療(指導)なども、在宅自己注射指導管理料の算定対象となるため、ご注意ください。</li> </ul>	-
13項	通院	<ul style="list-style-type: none"> <li>■今回の治療にともなう、貴院の通院日ももれなく○で囲んでください。(治療をともなわない薬剤の購入、受取のみ等の通院は含みません。)</li> <li>■往診日も含んで○で囲んでください。</li> <li>■通院予定日は含みません。</li> </ul>	-

証明欄に、必ずご署名・ご捺印・証明日のご記入をお願いいたします。

入院・手術・通院証明書

D

病名が悪性新生物・急性心筋梗塞・脳卒中の場合、それぞれ9・10・11欄にご記入をお願いします。

【お願い】訂正の場合は必ず証明印による訂正印を押印してください。原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印ください。

1.氏名	フリガナ カルテ番号	性別	<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 4.平成 <input type="checkbox"/> 5.令和	年 月 日																									
2.傷病	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	ICD10コード				傷病発生年月日																									
	イ. アの原因	ICD10コード				傷病発生年月日																									
	ウ. ア、イ以外に入院治療の必要があった合併症の傷病名	ICD10コード				傷病発生年月日																									
3.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日	医療機関 医師名																										
4.既往症・持病	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日	医療機関 医師名																										
5.治療期間	初診日		年 月 日～年 月 日		<input type="checkbox"/> 1.治癒 <input type="checkbox"/> 2.継続 <input type="checkbox"/> 3.中止 <input type="checkbox"/> 4.転医																										
	入院期間第1回		年 月 日～年 月 日		<input type="checkbox"/> 1.退院 <input type="checkbox"/> 2.入院中 <input type="checkbox"/> 3.転院 <input type="checkbox"/> 4.転科 <input type="checkbox"/> 5.死亡退院																										
	入院期間第2回		年 月 日～年 月 日		<input type="checkbox"/> 1.退院 <input type="checkbox"/> 2.入院中 <input type="checkbox"/> 3.転院 <input type="checkbox"/> 4.転科 <input type="checkbox"/> 5.死亡退院																										
	分娩を伴う入院期間のうち、公的医療保険制度の非適用入院期間		年 月 日～年 月 日																												
集中治療室(ICU)管理治療 1～5から選択		<input type="checkbox"/> 1.救命救急医療 <input type="checkbox"/> 2.特定集中治療 <input type="checkbox"/> 3.小児特定集中治療 <input type="checkbox"/> 4.新生児特定集中治療 <input type="checkbox"/> 5.総合周産期特定集中治療																													
第1回		年 月 日～年 月 日		第2回		年 月 日～年 月 日																									
6.手術	手術種類		ア.開頭術 イ.穿頭術 ウ.開胸術 エ.胸腔鏡 オ.開腹術 カ.腹腔鏡 キ.ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル ク.経皮的 ケ.経尿道的 コ.経腔的 サ.レーザー シ.その他 ( ) 「手術種類」は、左記ア～シから選択																												
	手術名 ※ドレージ等の処置も記入してください	手術日	手術部位	手術種類	筋骨関係手術の場合	穿頭術の場合	手指・足指の手術の場合 MP関節より	植皮術・筋皮弁術の場合	口腔内親骨手術の場合 顎骨を																						
	公的医療保険 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 <input type="checkbox"/> ( )	年 月 日	1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input type="checkbox"/> 3.両方 <input type="checkbox"/>		1.親血 <input type="checkbox"/> 2.非親血 <input type="checkbox"/>	1.新規穿孔 <input type="checkbox"/> 2.既存孔 <input type="checkbox"/>	1.末梢 <input type="checkbox"/> 2.中板 <input type="checkbox"/> 3.関節上 <input type="checkbox"/>	1.25cm以上 <input type="checkbox"/> 2.25cm未満 <input type="checkbox"/>	1.削った <input type="checkbox"/> 2.削らず <input type="checkbox"/>																						
公的医療保険 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 <input type="checkbox"/> ( )	年 月 日	1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input type="checkbox"/> 3.両方 <input type="checkbox"/>		1.親血 <input type="checkbox"/> 2.非親血 <input type="checkbox"/>	1.新規穿孔 <input type="checkbox"/> 2.既存孔 <input type="checkbox"/>	1.末梢 <input type="checkbox"/> 2.中板 <input type="checkbox"/> 3.関節上 <input type="checkbox"/>	1.25cm以上 <input type="checkbox"/> 2.25cm未満 <input type="checkbox"/>	1.削った <input type="checkbox"/> 2.削らず <input type="checkbox"/>																							
7.先進医療	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	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)			円																									
8.放射線・温熱療法	1～6から選択		<input type="checkbox"/> 1.体外照射 <input type="checkbox"/> 2.定位照射 <input type="checkbox"/> 3.温熱療法 <input type="checkbox"/> 4.小線源療法 <input type="checkbox"/> 5.内服療法 <input type="checkbox"/> 6.その他 ( )																												
	診療報酬区分	部位	照射期間			照射量																									
	1. M 2. L ( )	年 月 日	年 月 日～年 月 日			Gy																									
9.悪性新生物・上皮内新生物	病名告知	本人・家族に告知した日	本人・家族に告げた病名	今回以前に悪性新生物の既往有無	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	年 月 日																									
	病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	診断確定日	該当する悪性新生物の種類があれば選択		(p)TNM分類																									
		病理組織診断名	ステージ分類	大腸癌の深達度		GISTの場合/リスク評価																									
	上記以外の検査	1.細胞学的検査 2.内視鏡的検査 3.CT、MRI 4.その他 ( )		検査日	検査結果																										
	種類	1.原発 2.再発 3.転移 4.その他 ( )		状態	1.治癒 2.寛解 3.治療継続 4.その他 ( )																										
10.急性心筋梗塞	発病の初診日からその日を含めて60日以上、労働の制限を必要とする状態(軽作業・産業はできるがそれ以外の活動では制限を必要とする状態)の継続有無						<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無																								
11.脳卒中	発病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・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症の継続有無				具体的な後遺症の症状																										
12.在宅医療	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	1～4から選択		<input type="checkbox"/> 1.在宅自己注射指導管理料 <input type="checkbox"/> 2.在宅自己腹膜灌流指導管理料 <input type="checkbox"/> 3.在宅血液透析指導管理料 <input type="checkbox"/> 4.在宅酸素指導管理料																											
		指導管理をした年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月																								
13.通院	通院年月	今回の治療にともなう通院日(往診日を含む)																													合計日数
	20 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	合計	日																											
	20 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	合計	日																											
	20 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	合計	日																											
	20 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	合計	日																											
		合計通院日数 ⇒																													日
上記のとおり証明(診断)します				(証明日) 年 月 日																											
所在地 名称 診療科 病院または診療所の 電話番号		医師氏名		印																											