

# 診断書(当社所定書式)の医療機関への作成依頼にあたって

カーディフ損害保険株式会社

診断書(当社所定書式)は、治療を受けられた医療機関で作成いただきます。

医療機関へ作成を依頼される際は、原則、**記入可能な箇所はすべてご記入いただくよう**ご依頼ください。

そのうえで、ご請求の内容に応じて記入が必須となるポイントをいくつかご紹介いたします。

医療機関へ作成をご依頼いただく際にご参照ください。

## <参考: 当社所定書式診断書>

診断書

カーディフ損害保険株式会社 部中

1. 氏名

2. 性別

3. 年齢

4. 入院期間

5. 病歴

6. 診断に際する医学的所見

7. 検査(検査)から得られた結果

8. 主治医の氏名

9. 診断書

10. 診断書

11. 診断書

診断書

12. 手続

13. 急性心筋梗塞の疑い

14. 脳卒中の疑い

15. 悪性新生物の疑い

16. 高度な手術を要する病状

17. 診断に際する医学的所見

## (ご注意)

- 診断書に以下の記載がない場合、当社へご提出いただいたのち、審査にお時間を要する場合や、診断書の再提出をお願いする場合があります。
- ご加入の保障プランはご契約の団体契約者さまや、加入時期、選択されたプランによって異なります。ご契約時に交付される「被保険者のしおり」「申込書兼告知書(控え)」をご確認ください。

## 保険金・給付金ごとのご案内

- 就業不能信用費用保険金(入院時のみ保障特約付帯)、就業不能時入院費用保険金、配偶者入院一時金によるご請求の場合 ..... 2
- 就業不能信用費用保険金(入院時のみ保障特約付帯を除く)によるご請求の場合 ..... 3
- 急性心筋梗塞診断給付金によるご請求の場合 ..... 4
- 脳卒中診断給付金によるご請求の場合 ..... 5
- 悪性新生物診断給付金、悪性新生物診断給付金(配偶者用)によるご請求の場合 ..... 6

**就業不能信用費用保険金(入院時のみ保障特約付帯)**  
**就業不能時入院費用保険金、配偶者入院一時金によるご請求の場合**

(ご記入のポイント)

- ・**診断書 4 項「入院期間」欄**を、必ずご記入いただくようご依頼ください。
- ・(女性の場合のみ) 妊娠・分娩に関わる入院の場合は、健康保険が適用された入院期間のみご記入いただくようご依頼ください。

| 診 断 書                                               |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  |                              |         |           |  |
|-----------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|------------------------------|---------|-----------|--|
| カーディフ損害保険株式会社 御中                                    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  |                              |         |           |  |
| 1. 氏名                                               |   | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                     |  | *訂正の場合は、必ず訂正欄に訂正内容を記入してください。 |         |           |  |
|                                                     |   | カルテ番号 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                     |  | 男 生年月日 (西暦)                  |         | 年 月 日     |  |
|                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  | 女 生年月日 (西暦)                  |         | 年 月 日     |  |
| 2. 傷病                                               | A | 入院・手術・通院等の原因となった傷病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  | ICD-10コード ( )                | 傷病発生年月日 | ( ) 年 月 日 |  |
|                                                     | B | Aの原因となった傷病名または事故の経緯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  | ICD-10コード ( )                | 傷病発生年月日 | ( ) 年 月 日 |  |
|                                                     | C | 合併症(A,B以外で入院加療の必要があった合併症)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                     |  | ICD-10コード ( )                | 傷病発生年月日 | ( ) 年 月 日 |  |
| 3. 治療期間                                             |   | 初診日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  | 年 月 日 ~                      |         | 年 月 日     |  |
| 4. 入院期間<br><small>※妊娠・分娩の場合は、健康保険適用となった入院期間</small> |   | 入院1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  | 年 月 日 ~                      |         | 年 月 日     |  |
|                                                     |   | 入院2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  | 年 月 日 ~                      |         | 年 月 日     |  |
|                                                     |   | 入院3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  | 年 月 日 ~                      |         | 年 月 日     |  |
|                                                     |   | 上記以外の入院があれば「入院日」を記載してください。入院中の場合は、「退院・入院中」と記載してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                     |  |                              |         |           |  |
| 5. 通院期間                                             |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |  |                              |         |           |  |
|                                                     |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |  |                              |         |           |  |
|                                                     |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |  |                              |         |           |  |
|                                                     |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |  |                              |         |           |  |
|                                                     |   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |  |                              |         |           |  |
| 6. 就業に関する医学的所見                                      |   | 初診日から最終診察日までの状況につきまして、以下の該当する項目に○をつけてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                     |  |                              |         |           |  |
|                                                     |   | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>① 特に制限しない。就業可能。</p> <p>② 軽労働・デスクワークであれば就業可能。</p> <p>③ 本人の職種によらず、いかなる業態にも全く従事できない状態。就業不能。</p> <p>④ ③の状況だった期間</p> <p>期間1: 年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) ( )</p> <p>期間2: 年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) ( )</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> <p>就業不能とは、入院や手術の指示による自宅療養等により、患者の継続・能力に応じたいかなる業態にも就けない状態をいいます。</p> </div> </div> |  |                     |  |                              |         |           |  |
|                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  |                              |         |           |  |
|                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  |                              |         |           |  |
| 7. 発症(受傷)から現在までの経過と治療内容                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  |                              |         |           |  |
| 8. 主な検査所見                                           |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  |                              |         |           |  |
| 9. 薬剤名 (処方箋を参照)                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  | 開始日                          |         | 年 月 日     |  |
|                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  | 終了日                          |         | 年 月 日     |  |
| 10. 当該疾病の治療歴                                        |   | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 医療機関名               |  |                              |         |           |  |
|                                                     |   | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 治療期間                |  | 年 月 日 ~ 年 月 日                |         |           |  |
| 11. 前医                                              |   | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 傷病名                 |  | 初診日                          |         | 年 月 日     |  |
|                                                     |   | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 医療機関名               |  | 医師名                          |         |           |  |
|                                                     |   | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 前医・紹介医での病性・新生児の診断確定 |  | 診断確定日                        |         | 年 月 日     |  |
|                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |  |                              |         |           |  |

NL010(23-12) FNLSA86-C01-202110 カーディフ損害保険株式会社

## 就業不能信用費用保険金（入院時のみ保障特約付帯を除く） によるご請求の場合

（ご記入のポイント）

・診断書 6 項「就業に関する医学的所見」欄を、必ずご記入いただくようご依頼ください。

| 診 断 書                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------|--|
| カーディフ損害保険株式会社 御中                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| 1. 氏名                                                                |  | フリガナ<br>カルテ番号<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  | <input type="radio"/> 男<br><input type="radio"/> 女<br>生年月日<br>(西暦)                              |             | 年 月 日                                                    |  |
| 2. 傷病                                                                |  | A 入院・手術・通院等の<br>原因となった傷病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  | ICD-10コード<br>( )                                                                                | 傷病発生<br>年月日 | <input type="radio"/> 既病発生<br><input type="radio"/> 最新発生 |  |
|                                                                      |  | B Aの原因となった傷病名<br>または事故内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  | ICD-10コード<br>( )                                                                                | 傷病発生<br>年月日 | <input type="radio"/> 既病発生<br><input type="radio"/> 最新発生 |  |
|                                                                      |  | C 合併症(A,B以外で入院加療<br>の必要があった合併症)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  | ICD-10コード<br>( )                                                                                | 傷病発生<br>年月日 | <input type="radio"/> 既病発生<br><input type="radio"/> 最新発生 |  |
| 3. 治療期間                                                              |  | 初診日 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 通院継続中 <input type="radio"/> 転院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| 4. 入院期間<br><small>※妊娠・分娩の場合は、<br/>健康保険適用になった<br/>入院期間</small>        |  | 入院1 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 転院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
|                                                                      |  | 入院2 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 転院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
|                                                                      |  | 入院3 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 転院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| <small>上記以外の入院があれば「入院2」「入院3」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。</small> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| 5. 通院期間                                                              |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
|                                                                      |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
|                                                                      |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
|                                                                      |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
|                                                                      |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| <small>上記以外の通院期間をご記入ください。回数無可。</small>                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| 6. 就業に関する<br>医学的所見                                                   |  | 初診日から最終診断日までの状況につきまして、以下の該当する項目に○をつけてください。<br>① 特に制限しない。就業可能。<br>② 軽労働・デスクワークであれば就業可能。<br>③ 本人の職種によらず、いかなる業務にも全く従事できない状態。就業不能。<br>④ ③の体況だった期間<br>期間1: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="radio"/> 継続中 <input type="radio"/> 終了<br>期間2: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="radio"/> 継続中 <input type="radio"/> 終了<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <small>就業不能とは、<br/>入院や療養の指示による自宅療養等により、<br/>患者の生活・能力に応じた<br/>いかなる業務にも就けない状態をいいます</small> </div> |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| 7. 発症(受傷)から<br>現在までの経過<br>と治療内容                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| 8. 主な検査所見                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| 9. 薬剤名<br><small>(調剤名・薬剤名を含む)</small>                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  | 開始日 年 月 日<br>終了日 年 月 日                                                                          |             |                                                          |  |
| 10. 当該疾病の治療歴                                                         |  | <input checked="" type="radio"/> 有 医療機関名<br><input type="radio"/> 無 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                 |             |                                                          |  |
| 11. 前医                                                               |  | 傷病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  | 初診日 年 月 日                                                                                       |             |                                                          |  |
|                                                                      |  | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  | 医師名                                                                                             |             |                                                          |  |
|                                                                      |  | 前医・紹介医での病性<br>新生物の診断確定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  | <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 診断確定日 年 月 日 |             | 診断名                                                      |  |

NL010(23-12)
FNLIA86-C01-202110
カーディフ損害保険株式会社

## 急性心筋梗塞診断給付金によるご請求の場合

### (ご記入のポイント)

・上記の入院や自宅療養の記載事項に加え、**診断書 13 項「急性心筋梗塞の場合」**欄を、必ずご記入いただくようご依頼ください。

・**初診日から 60 日経過以降**に受けられた診察・検査結果が記載されるよう発行をご依頼ください。

・60 日経過するまでの間に、途中で**転院されている場合**は、初診から 60 日経過までに急性心筋梗塞の治療でかかれた**すべての病院へ**診断書をご依頼ください。

※「保険金請求書類ご送付のご案内」も合わせてご参照ください。

※お手元の診断書が 1 通のみの場合は、追加でご送付を承りますので当社までご相談ください。もしくは診断書を両面コピーしてご利用いただくことも可能です。

|                         |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|---|---------|--------|--------|---------------|-----------------------------------|--|-------|-------|---------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|---------|-------------|-------|--|-----------|-------|--|----------|-------|--|-----------|-------|-----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 12. 手術                  | 手術名                                                                                                    | 手術日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | 年  | 月 | 日 |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
|                         | 手術の種類                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 穿通術 <input type="checkbox"/> 開胸術・開心術 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 経尿道的<br><input type="checkbox"/> 経皮的 <input type="checkbox"/> 経皮的 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
|                         | 放射線照射                                                                                                  | 部位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 照射量 | Gy |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 13. 急性心筋梗塞の場合           |                                                                                                        | 当該疾病での初診日からその日を遡って60日以上、「労働の制限」を必要とする状態が継続しましたか。<br>ここでいう「労働の制限」とは、軽い家事等の軽労働や事務等の作業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態のことをいいます。<br>初診も含めて、当該疾病での初診日から60日経過後に上記状態の継続の有無を診断した日をご記入ください。<br><input type="radio"/> 継続した <input type="radio"/> 継続しない 診断日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 14. 脳卒中の場合              |                                                                                                        | 当該疾病での初診日からその日を遡って60日以上、「言語障害」「運動失調」「麻痺」等の他覚的・神経学的後遺症が継続しましたか。<br>初診も含めて、当該疾病での初診日から60日経過後に上記状態の継続の有無を診断した日をご記入ください。<br><input type="radio"/> 継続した <input type="radio"/> 継続しない 診断日 年 月 日<br>継続の場合、後遺症の詳細 →                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 15. 悪性新生物、上皮内新生物の場合     |                                                                                                        | <table border="1"> <tr> <td>病理組織診断名</td> <td>ICD-10</td> <td>ICD-O3</td> </tr> <tr> <td>ステージ分類(Stage)</td> <td>TNM 分類 ( c.s.p.f ) T( ) N( ) M( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診断確定日</td> <td>年 月 日</td> <td>           診断確定の根拠となった所見<br/>           ア. 病理組織学的検査所見(生検含む)<br/>           イ. 細胞学的検査所見<br/>           ウ. その他の所見( )         </td> </tr> <tr> <td>区分</td> <td> <input type="radio"/>原発 <input type="radio"/>再発<br/> <input type="radio"/>転移 <input type="radio"/>不明         </td> <td>           性状<br/> <input type="radio"/>浸潤性 <input type="radio"/>上皮内癌 <input type="radio"/>非浸潤性<br/>           その他 ( )         </td> </tr> <tr> <td>大腸癌の深達度</td> <td> <input type="radio"/>M <input type="radio"/>SM以下         </td> <td>           子宮頸部異形成の場合<br/> <input type="radio"/>CIN1 <input type="radio"/>CIN2 <input type="radio"/>CIN3         </td> </tr> <tr> <td>検査項目</td> <td>検査日</td> <td>検査結果の概要</td> </tr> <tr> <td>ア. 病理組織学的検査</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ. 細胞学的検査</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウ. 内視鏡検査</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>エ. その他の検査</td> <td>年 月 日</td> <td>           主 な 検査名<br/>           検査結果         </td> </tr> <tr> <td>悪性新生物の既往歴</td> <td> <input type="radio"/>有 <input type="radio"/>無<br/>           有病名<br/>           初診日 年 月 日 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日         </td> <td>医療機関名</td> </tr> </table> |     |    |   |   | 病理組織診断名 | ICD-10 | ICD-O3 | ステージ分類(Stage) | TNM 分類 ( c.s.p.f ) T( ) N( ) M( ) |  | 診断確定日 | 年 月 日 | 診断確定の根拠となった所見<br>ア. 病理組織学的検査所見(生検含む)<br>イ. 細胞学的検査所見<br>ウ. その他の所見( ) | 区分 | <input type="radio"/> 原発 <input type="radio"/> 再発<br><input type="radio"/> 転移 <input type="radio"/> 不明 | 性状<br><input type="radio"/> 浸潤性 <input type="radio"/> 上皮内癌 <input type="radio"/> 非浸潤性<br>その他 ( ) | 大腸癌の深達度 | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> SM以下 | 子宮頸部異形成の場合<br><input type="radio"/> CIN1 <input type="radio"/> CIN2 <input type="radio"/> CIN3 | 検査項目 | 検査日 | 検査結果の概要 | ア. 病理組織学的検査 | 年 月 日 |  | イ. 細胞学的検査 | 年 月 日 |  | ウ. 内視鏡検査 | 年 月 日 |  | エ. その他の検査 | 年 月 日 | 主 な 検査名<br>検査結果 | 悪性新生物の既往歴 | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無<br>有病名<br>初診日 年 月 日 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | 医療機関名 |
| 病理組織診断名                 | ICD-10                                                                                                 | ICD-O3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| ステージ分類(Stage)           | TNM 分類 ( c.s.p.f ) T( ) N( ) M( )                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 診断確定日                   | 年 月 日                                                                                                  | 診断確定の根拠となった所見<br>ア. 病理組織学的検査所見(生検含む)<br>イ. 細胞学的検査所見<br>ウ. その他の所見( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 区分                      | <input type="radio"/> 原発 <input type="radio"/> 再発<br><input type="radio"/> 転移 <input type="radio"/> 不明 | 性状<br><input type="radio"/> 浸潤性 <input type="radio"/> 上皮内癌 <input type="radio"/> 非浸潤性<br>その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 大腸癌の深達度                 | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> SM以下                                                     | 子宮頸部異形成の場合<br><input type="radio"/> CIN1 <input type="radio"/> CIN2 <input type="radio"/> CIN3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 検査項目                    | 検査日                                                                                                    | 検査結果の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| ア. 病理組織学的検査             | 年 月 日                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| イ. 細胞学的検査               | 年 月 日                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| ウ. 内視鏡検査                | 年 月 日                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| エ. その他の検査               | 年 月 日                                                                                                  | 主 な 検査名<br>検査結果                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 悪性新生物の既往歴               | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無<br>有病名<br>初診日 年 月 日 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日                 | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 16. 先進医療を実施した場合         |                                                                                                        | 技術名<br>当該先進医療の治療適応と診断した日 年 月 日<br>実施期間 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 17. 保険に係る請求行為を理解する能力の有無 |                                                                                                        | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 上記の通り証明します。             |                                                                                                        | 記入日(西暦)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 20  | 年  | 月 | 日 |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 医療機関                    | 所在地<br>名称<br>診療科                                                                                       | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 医師印 |    | 印 |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |
| 診療費代金                   | 円                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |   |   |         |        |        |               |                                   |  |       |       |                                                                     |    |                                                                                                        |                                                                                                  |         |                                                    |                                                                                                |      |     |         |             |       |  |           |       |  |          |       |  |           |       |                 |           |                                                                                        |       |

## 脳卒中診断給付金によるご請求の場合

### (ご記入のポイント)

- ・上記の入院や自宅療養の記載事項に加え、診断書 14 項「脳卒中の場合」欄を、必ずご記入いただくようご依頼ください。
- ・初診日から 60 日経過以降に受けられた診察・検査結果が記載されるよう発行をご依頼ください。
- ・60 日経過するまでの間に、途中で転院されている場合は、初診から 60 日経過までに脳卒中の治療でかかられたすべての病院へ診断書をご依頼ください。

※「保険金請求書類ご送付のご案内」も合わせてご参照ください。

※お手元の診断書が 1 通のみの場合は、追加でご送付を承りますので当社までご相談ください。もしくは診断書を両面コピーしてご利用いただくことも可能です。

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|------|------|---------|---|---|
| 12. 手術                  | 手術名                                                                                                                                                                                                                                              | 手術日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         | 年                  | 月                     | 日                                               |      |      |         |   |   |
|                         | 手術の種類                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 開胸術・開心術 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 経尿道的<br><input type="checkbox"/> 経皮的 <input type="checkbox"/> 経皮的 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | 放射線照射                                                                                                                                                                                                                                            | 部位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 照射量     |                    | Gy                    |                                                 |      |      |         |   |   |
| 13. 急性心筋梗塞の場合           | 期間                                                                                                                                                                                                                                               | 開始                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 年       | 月                  | 日                     | 終了                                              | 年    | 月    | 日       |   |   |
|                         | 当該病態での初診日からその日を始めて60日以上、「胸痛の発現」を必要とする状態が継続しましたが、<br>ここでいう「胸痛の発現」とは、軽い家事等の軽労働や歩行等の労作はできるが、それ以上の活動では制動を必要とする状態のことをいいます。<br>初診も含めて、当該病態での初診日から60日経過後後に上記状態の継続の有無を診断した日をご記入ください。<br><input type="radio"/> 継続した <input type="radio"/> 継続しない 診断日 年 月 日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
| 14. 脳卒中の場合              | 当該病態での初診日からその日を始めて60日以上、「言語障害」「運動失調」「高血圧」等の他覚的な神経学的後遺症が継続しましたが、<br>初診も含めて、当該病態での初診日から60日経過後後に上記状態の継続の有無を診断した日をご記入ください。<br><input type="radio"/> 継続した <input type="radio"/> 継続しない 診断日 年 月 日                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | 継続の場合、後遺症の詳細 →                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
| 15. 悪性新生物、上皮内新生物の場合     | 病理組織診断名                                                                                                                                                                                                                                          | ステージ分類(Stage)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ICD-10  |                    | ICD-O3                |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | 診断確定日                                                                                                                                                                                                                                            | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 月       | 日                  | 診断確定の<br>根拠となった<br>所見 | ア、病理組織学的検査所見(生検含む)<br>イ、細胞学的検査所見<br>ウ、その他の所見( ) |      |      |         |   |   |
|                         | 区分                                                                                                                                                                                                                                               | 原発                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 転移      | 不明                 | 性状                    | 浸潤性                                             | 上皮内癌 | 非浸潤性 | その他 ( ) |   |   |
|                         | 大腸癌の<br>深達度                                                                                                                                                                                                                                      | M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SM以下    | 子宮頸部<br>異形成の<br>場合 | CIN1                  | CIN2                                            | CIN3 |      |         |   |   |
|                         | 検査項目                                                                                                                                                                                                                                             | 検査日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 検査結果の概要 |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | ア、病理組織学的検査                                                                                                                                                                                                                                       | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 月       | 日                  |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | イ、細胞学的検査                                                                                                                                                                                                                                         | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 月       | 日                  |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | ウ、内視鏡検査                                                                                                                                                                                                                                          | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 月       | 日                  |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | エ、その他の検査                                                                                                                                                                                                                                         | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 月       | 日                  |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | 悪性新生物の<br>既往歴                                                                                                                                                                                                                                    | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 病名      | 初診日                | 年                     | 月                                               | 日    | 治療期間 | 年       | 月 | 日 |
| 16. 先進医療を実施した場合         | 技術名                                                                                                                                                                                                                                              | 技術料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         | 円                  |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | 当該先進医療の治療開始と診断した日                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
| 17. 保険に係る請求行為を理解する能力の有無 | (有) <input type="checkbox"/> (無) <input type="checkbox"/> (不明) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
|                         | 上記の通り証明します。                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
| 記入日(西暦)                 |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         | 20 年 月 日           |                       |                                                 |      |      |         |   |   |
| 医療機関                    | 所在地<br>名称                                                                                                                                                                                                                                        | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                    |                       | 医師印                                             |      |      |         |   |   |
| 診療科                     | 医師氏名                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                    | 印                     |                                                 |      |      |         |   |   |
| 診療費代金                   | 円                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                    |                       |                                                 |      |      |         |   |   |

## 悪性新生物診断給付金、悪性新生物診断給付金(配偶者用) によるご請求の場合

### (ご記入のポイント)

- ・「悪性新生物」と初めて診断された医療機関へご依頼ください。
  - ・上記の入院や自宅療養の記載事項に加え、診断書 15 項「悪性新生物、上皮内新生物の場合」欄は、「悪性新生物の既往症欄」欄を含め、記入可能な箇所はすべてご記入いただくようご依頼ください。
- ※特に「悪性新生物の既往症欄」の記入漏れが多く見受けられますため、必ずご記入いただくようご依頼ください。

|                         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|-------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|-------|-----------------------|------|----------------------------------------------------|--------------------|---------|------|------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|---|---|------|------|--|---|--|-------|--|
| 12. 手術                  | 手術名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      | 手術日  | 年      | 月                                                                                            | 日               |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         | 手術の種類     | <input type="radio"/> 開胸術 <input type="radio"/> 穿胸術 <input type="radio"/> 開胸術・開心術 <input type="radio"/> 胸腔鏡下 <input type="radio"/> 開腹術 <input type="radio"/> 腹腔鏡下 <input type="radio"/> 経尿道的<br><input type="radio"/> 経腸的 <input type="radio"/> 経皮的 <input type="radio"/> ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 <input type="radio"/> その他 ( ) |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         | 放射線照射     | 部位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      | 照射量    | Gy                                                                                           |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         | 期間        | 開始                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年                                              | 月         | 日     | ～                     | 終了   | 年                                                  | 月                  | 日       |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
| 13. 急性心筋梗塞の場合           |           | 当該疾病での初診日からその日を始めて60日以上、「労働の制限」を必要とする状態が継続しましたか。<br>ここでいう「労働の制限」とは、軽い家事等の軽労働や事務等の作業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態のことをいいます。<br>前項も含めて、当該疾病での初診日から60日経過後に上記状態の継続の有無を診断した日をご記入ください。                                                                                                                                                   |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 継続した                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                | ・         |       | 継続しない                 |      | 診断日                                                |                    | 年       | 月    | 日    |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
| 14. 脳卒中の場合              |           | 当該疾病での初診日からその日を始めて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が継続しましたか。<br>前項も含めて、当該疾病での初診日から60日経過後に上記状態の継続の有無を診断した日をご記入ください。                                                                                                                                                                                                          |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 継続した                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                | ・         |       | 継続しない                 |      | 診断日                                                |                    | 年       | 月    | 日    |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 継続の場合、後遺症の詳細 →                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
| 15. 悪性新生物、<br>上皮内新生物の場合 |           | 病理組織<br>診断名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ステージ分類(Stage) ) TNM分類 [c.s.p.f] T( ) N( ) M( ) |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      | ICD-10 |                                                                                              | ICD-O3          |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 診断確定日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 年                                              | 月         | 日     | 診断確定の<br>根拠となった<br>所見 |      | ア. 病理組織学的検査所見(生検含む)<br>イ. 細胞学的検査所見<br>ウ. その他の所見( ) |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 原発                                             |           | ・     |                       | 再発   |                                                    | 転移                 |         | ・    |      | 不明     |                                                                                              | 性状              | 悪性腫瘍  |   | ・ |      | 上皮内癌 |  | ・ |  | 非悪性腫瘍 |  |
|                         |           | 大腸癌の<br>浸透度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | M                                              |           | ・     |                       | SM以下 |                                                    | 子宮頸部<br>異形成の<br>場合 |         | CIN1 |      | ・      |                                                                                              | CIN2            |       | ・ |   | CIN3 |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 診断確定<br>までに実施<br>された検査                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 検査項目                                           |           | 検査日   |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              | 検査結果の概要         |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ア. 病理組織学的検査                                    |           | 年 月 日 |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | イ. 細胞学的検査                                      |           | 年 月 日 |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ウ. 内視鏡検査                                       |           | 年 月 日 |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | エ. その他の検査                                      |           | 年 月 日 |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              | 主 な<br>検査<br>結果 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 悪性新生物の<br>既往症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                | (有) → 無病名 |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 | 医療機関名 |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
| (無)                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                | 初診日       |       | 年                     | 月    | 日                                                  | 治療期間               |         | 年    | 月    | 日      | ～                                                                                            | 年               | 月     | 日 |   |      |      |  |   |  |       |  |
| 16. 先進医療を実施した<br>場合     |           | 技術名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      | 技術料    | 円                                                                                            |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 当該先進医療の治療施設と診断した日                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         |           | 実施期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 年                                              | 月         | 日     | ～                     | 年    | 月                                                  | 日                  |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
| 17. 保険に係る請求行為を理解する能力の有無 |           | (有) ・ (無) ・ (不明)                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
| 上記の通り証明します。             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    | 記入日(西暦) |      | 20   | 年      | 月                                                                                            | 日               |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
| 医療機関                    | 所在地       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      | 電話番号 |        | 医師印<br> |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
|                         | 名称<br>診療科 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      | 医師氏名 |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |
| 診断書代金                   |           | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |           |       |                       |      |                                                    |                    |         |      |      |        |                                                                                              |                 |       |   |   |      |      |  |   |  |       |  |