

診断書 (海外旅行保険用)

AIG損害保険株式会社 宛

氏名	男・女	生年月日	年 月 日生	カルテ番号	
傷病名	傷病発生年月日		いずれかに○印をしてください		
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 医師推定	<input type="checkbox"/> 患者申告
他の疾病の影響はございますか？ はい (具体的にご記入ください： いいえ		診断日	年 月 日	左記の傷病発生年月日	
				いずれかに○印をしてください	
				<input type="checkbox"/> 医師推定	<input type="checkbox"/> 患者申告
妊娠による疾病ですか？いずれかに○印をしてください					
<input checked="" type="checkbox"/> はい (妊娠週 第 週目) <input type="checkbox"/> いいえ					
初診日	年 月 日	転帰	治癒・要通院・入院中・中止・転医		
治療期間	入院	年 月 日 ~ 年 月 日	退院・入院中		
	室料差額の発生する部屋を利用しましたか？ はい (医師の指示・満床・本人の希望・その他：) ・ いいえ				
通院	年 月 日 ~ 年 月 日	通院中・通院終了			
発病または受傷から現在までの経過をお知らせください。					
前医 (海外の病院 を含みます)	有・無	国名	都市名	医療機関名	
		初診日	年 月 日	医師名	
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか？					
はい 病名： 医療機関名：					
治療期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 治癒・中止・転医					
いいえ					
今回の傷病に関して実施した手術					
手術名：					
手術日： 年 月 日 手術コード： K・J (-)					
後遺障害の有無					
有り (どのような障害が残ると思われますか：)					
無し					
上記のとおり証明します。					
所在地		TEL	年 月 日		
名称		医師氏名		印	

GIAJ16-1P1-201801



4S1-1P1

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

--