

# 診断書(傷害保険用) ※医療機関へ作成をご依頼ください。

AIG損害保険株式会社 宛

傷病者	住所	カルテNO.			
	氏名	1 健 保	3 労 災	5 自 賠 責	
		2 国 保	4 自 費	6 その他( )	
職業	男・女	年	月	日生(才)	
初診日	年 月 日	受傷日	年 月 日		
傷病名および受傷部位・態様					
受傷の原因(傷病者の申告内容を詳細にご記入ください。)					

治療期間	総期間	年 月 日 ~ 年 月 日	転帰	治療・通院中・入院中・中止・転医	
	入院期間	第1回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 入院中			
		第2回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 入院中			
通院期間	※通院日(○印を記入ください。)	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日	
就業が全く不可能であると医学的に判断した期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
固定具使用の場合	固定部位	(手指のみ) (手指から手首を含む) (足指のみ) (足指から足首を含む) その他( )			
	名称と期間	ギプス・ギプスシャーレ	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
		ギプスシーネ・シーネ	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
		コルセット(軟・硬)	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	その他( )	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

筋・腱・靭帯の場合 →	<input type="checkbox"/> 完全断裂 <input type="checkbox"/> 部分断裂	残存する後遺障害がある場合にご記入ください(無し・不明の場合は記入不要です。)
		後遺障害の内容

・初診時の所見および治療中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過など)	他覚的所見(レントゲン・脳波・筋電図など器質的変化)の有無、検査結果 ※必ずご記入ください
・頭部外傷の場合の意識障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	X線: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
有りの場合 → 経時的変化をご記入ください	C T: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	M R I: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	その他(検査名及びその結果)

当該傷病の治療歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院名: )	治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
--	----------------------

「今回の傷病に影響を及ぼした」既往症・持病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(有りの場合、傷病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。)
傷病名	医療機関名
	治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃

今回の傷病に関して実施した手術 (無しの場合は記入不要です。有りの場合のみご記入ください。)	手術名 (経皮の手術・TAE・ドレナージ・シャント術を含む)	手術の種類	筋骨手術の場合	手掌部・手背部または足底部・足背部に及び	筋・腱・靭帯の処置を伴う	植皮面積	手術日
	K・J( - )	1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む) 4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術 6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 観血	<input type="checkbox"/> 及ぶ	<input type="checkbox"/> 伴う	25cm <sup>2</sup>	年 月 日
	K・J( - )	1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む) 4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術 6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 観血	<input type="checkbox"/> 及ぶ	<input type="checkbox"/> 伴う	25cm <sup>2</sup> (以上)	年 月 日
その他	先進医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有りの場合、技術名を記入してください。[ ]				

上記の通り診断いたします。

診断書料金(税込)	円
-----------	---

年 月 日 所在地  
病院名  
電話番号  
医師氏名



代理店 受付日 年 月 日 保険会社 受付日

GIAJ16-1B1-202004

451-1B1 M04Y20