

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		
付 添	上記入院中、付添が必要と認めた場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
通院期間	※通院日ロ印をいはいなさい。	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	

<ul style="list-style-type: none"> 初診時の所見および治療中の経過(検査内容、検査成績、治療内容、経過など) 頭部外傷の場合の意識障害: <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 有りの場合 → 経時的变化をご記入ください 	<ul style="list-style-type: none"> 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 X線: <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 () CT: <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 () MRI: <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 () その他: 検査名と結果() 筋・腱・靭帯の場合 → <input checked="" type="radio"/> 完全断裂 <input type="radio"/> 部分断裂 圧迫骨折の場合、今回の受傷によるものですか? <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
残存する後遺障害の内容(無し・不明の場合は記入不要です。)	
当該傷病の治療歴 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 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 (経皮的手術・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	手背部・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 checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	25cm ² (以上)	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 checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	25cm ² (以上)	年 月 日	
先進医療・患者申出療養	<input checked="" type="radio"/> 先進医療 <input type="radio"/> 患者申出療養 (該当する方に○をつけてください。)	技術名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

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

印

GIAJ16-1B1-202309

451-1B1 M09Y23



代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

--