

診断書(医療保険用) ※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

カルテ番号

1. 氏名	生年月日 年 月 日生	男 女	1.健保 2.国保	3.労災 4.自費	5.その他	
2. 傷病名	傷病(受傷)発生年月日 年 月 日					
ア 入院・手術の原因となった傷病名	(ICD-10コード:) 診断日 年 月 日	ア.の傷病につき医師が入院治療が必要だと判断した日 年 月 日				
イ アの原因	年 月 日					
ウ 合併症	年 月 日					
3. 新生物の場合	病理組織診断: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「なし」の場合の確定診断方法: []	① <input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他 () ② <input type="checkbox"/> 浸潤性 <input type="checkbox"/> 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 上皮内がん () ③その他 ()				
該当する項目に印をお付けください。	確定診断日: 年 月 日 病理組織診断名:	病期 () TNM分類: T N M	③大腸がんの場合: 深達度は? <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> sm以深 ④皮膚がんの場合: 悪性黒色腫ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⑤子宮頸部異形成の場合: <input type="checkbox"/> CIN I <input type="checkbox"/> CIN II <input type="checkbox"/> CIN III			
4. 前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医師名 初診日 年 月 日	医療機関名 所在地				
5. 既往症・持病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有りの場合、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。)	医療機関名 治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃				
6. 発病から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったか記入してください。)/初診時の所見および入院中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)						
7. 治療期間	初診日	年 月 日	終診日	年 月 日	転帰 治癒・要通院・要入院・中止・転医	
	要入院日数(見込)	継続 日 ※実際の入院日数と相違ない場合は、記入は不要です。				
	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(○印をお付けください)	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		
固定具使用の場合	使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日	使用固定具 ギプス、ギプスシャーレ、コルセット(硬・軟)、その他()				
傷病を被る直前の業務に就くこと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						
8. 今回の傷病に関して実施した手術	手術種類	(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術 (4)胸腔鏡下・縦隔鏡下手術 (5)開腹術 (6)腹腔鏡下手術 (7)ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 (8)経皮的 (9)経尿道的 (10)経膈的 (11)眼科レーザー (12)ドレナージ (13)その他()				
カテーテル手術・ドレナージ等もご記入ください。	手術名(診療報酬点数区分)	手術部位	目的	手術日	手術種類(上記番号を記入)	
	① (K・J-)	右左両側	治療・生検	年 月 日	筋骨手術の場合	
	② (K・J-)	右左両側	治療・生検	年 月 日	手掌部・手背部、または足底部・足背部に及ぶ	
9. 上記の手術が必要だと医師が判断した日		① 年 月 日	② 年 月 日	該当する場合に○印をお付けください。		
10. 放射線治療	部位	診療報酬点数区分	M-	総線量	グレイラド	
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
11. 先進医療	技術名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

上記の通り診断いたします。 年 月 日

診断書料金(税込)

円



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

451-1H1 M04Y20

GIAJ16-1H1-202004