



# 入院・手術・通院等証明書（診断書）〈新生物用〉

(提出先) FWD富士生命保険株式会社

1	氏名	カルテ番号( )	性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	生年月日	年 月 日
2	(ア)入院(手術)等の契機となった傷病名	ICD-10コード	診断確定日	年 月 日	傷病発生前年月日	年 月 日
	(イ)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(ウ)入院中に治療を行った合併症(入院加療の必要あり)		年 月 日	年 月 日	(ウ)に対する入院中の治療期間	年 月 日～年 月 日
3	初診	年 月 日～	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 終診	<input checked="" type="radio"/> 現在加療中	
	日帰り入院	入院日	年 月 日	※入院退院が同一の入院で、かつ、入院基本料が算定されている場合にご記入ください		
	入院期間	第1回目	年 月 日～年 月 日	入院中	第2回目	年 月 日～年 月 日
4	前医又は紹介医	医療機関名	医師名	受療期間	年 月 日頃	年 月 日頃
5	発病(受傷)から現在までの経過(主訴、検査内容および検査結果、治療内容、経過等)をご記入ください。*現在の治療内容につきましても詳細にご記入ください。					
6	子宮頸部異形成の場合	コルポ組織診、術後病理検査等による CIN : ①・②・③	診断確定日をご記入ください 年 月 日			
7	施行された検査および検査結果	病理組織学的検査の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし→「なし」の場合、今後病理組織学的検査の実施予定： <input type="checkbox"/> あり(予定時期 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定			
	最初の病理組織学的検査	診断確定日	年 月 日			
		診断名				
		TNM分類	①T( ) ②N( ) ③M( )			
	上記以外の検査	国際疾病分類、腫瘍学コード	【M- / ①, ②, ③, ⑥, ⑨】 ※該当するものに (○) をしてください。			
		検査名	検査日	診断結果		
		細胞学的検査	年 月 日			
		内視鏡的検査	年 月 日			
		CT-MRI その他( )	年 月 日			
	悪性新生物の種類	①. 上皮内癌・非浸潤癌 ②. 浸潤性・その他 ③. 不明				
最終の病理組織学的検査	診断確定日	年 月 日				
	診断名					
	TNM分類	①T( ) ②N( ) ③M( )				
種類	①. 原発 ②. 再発 ③. 転移 ④. その他( ) 大腸癌の深達度 ①.M ②.2.5M以深					
がん治療についての所見	悪性告知	本人(有/無) [ ]年 月 日頃 [ ]と告げた 家族(有/無) [ ]に [ ]年 月 日頃 [ ]と告げた				
	①証明日時時点でがん状態である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	②①で「はい」の場合、判断根拠となる所見を具体的に教えてください。	<input type="checkbox"/> 検査所見(検査内容及び所見についてご教示ください。)				
	<input type="checkbox"/> その他の所見(具体的に教えてください。)					
	③証明日時時点でのご治療内容につきまして、下記のいずれに該当するかご教示ください。(※治療内容の詳細につきましては下記にご記入ください。)					
	<input type="checkbox"/> がんの治療を直接の目的(切除や塞栓術等の手術、放射線治療、化学療法や抗癌剤投与等)とするものである。					
	<input type="checkbox"/> 治療はがんの再発の防止(経過観察、再発防止目的での投薬等)を目的とするものである。					
	<input type="checkbox"/> その他(詳細を下記に記載ください。)					
	※治療内容の詳細をご記入ください。					
8	手術の種類	(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術(含開心術)・胸腔鏡下手術 (4)開腹術・腹腔鏡下手術 (5)レーザー手術 (6)ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療(四肢・四肢以外) (7)経皮的 (8)経尿道的 (9)経腔的 (10)その他( )				
	手術の内容	・筋骨関係の手術の場合(観血・非観血) ・手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中枢側に(及ぶ・及ばない) ・植皮術・筋皮弁術の場合(25cm以上・25cm未満) ・口腔内の手術の場合、顎骨を(削っている・削っていない) ・筋・腱・靭帯に操作が(及ぶ・及ばない) ・穿頭術の場合(新たな穿頭による・既存の穿頭を使用)				
9	手術報酬点数	手術名	手術日	年 月 日	3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。	
	先進医療	1. <input type="checkbox"/> あり 2. <input type="checkbox"/> なし	治療の種類	治療の実施日	年 月 日～年 月 日(実施回数 回)	
10	放射線治療および温熱療法	部位	総線量 Gy	期間	年 月 日～年 月 日	
11	請求意思能力	受療者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できると思われますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
12	既往症	有病/無病	病名( )	(当院)( )科・(他院)( )病院	入院(通院) 手術(有/無) 治療期間または時期 年 月 日頃～年 月 日頃まで	
上記のとおり証明します。 所在地 病院または診療所の名称および科名 電話番号 医師氏名 印						

【お願い】追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所証明印による訂正印を押印ください。封筒に封入・封緘のうえご提出ください。