



日本生命保険相互会社 行

1. 氏名 (カルテ番号) 性別 (男性/女性) 生年月日 (大正/平成/昭和/令和) 年 月 日

2. (ア) 治療・入院等の主たる目的となつた傷病名 ※ケガの場合は「ケガの場合」欄にも記入ください。 (イ) 原因が判明していればその傷病名等 (ウ) 今回入院を伴ったとき、同時に治療を行った(ア)(イ)以外の傷病名(合併症)

ケガの場合 以下に該当する場合は2項(ア)欄に傷病名を記入ください。
 

- 骨折 ※病骨骨折・軟骨骨折を含まない
- 関節脱臼 ※先天性・反復性・習慣性脱臼および半月板損傷・断裂を含まない
- 腱の断裂 ※靭帯の断裂・損傷を含まない

3. 悪性新生物の場合 今回以前に悪性新生物の既往がありますか? (はい/いいえ) ⇒ ※「はい」の場合は、以下に病名と診断時期を記入ください。 病名 (平成/令和) 年 月 日

診断確定日 (平成/令和) 年 月 日 本人への悪性告知有無 (有/無) 「有」の場合、告知日を記入ください。 (平成/令和) 年 月 日 今回の悪性新生物の区分 (原発/再発/転移)

病理組織診断 (有/無) ※

浸潤癌 (大腸の場合、組織学的壁深達度 SMIで深 M) cTNM分類 T( ) N( ) M( )

非浸潤癌・上皮内癌

現在までの治療内容および今後の治療方針 (複数選択可)

	現在までの治療	今後の治療方針
手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗がん剤治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緩和医療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 急性心筋梗塞の場合 急性心筋梗塞を発病し、初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、労働制限を必要とする状態 (軽い家事等の軽労働や事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続していましたか? (はい/いいえ)

5. 脳卒中の場合 脳卒中を発病し、初めて医師の診療を受けた日からその日を含めて60日以上、言語障がい・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか? (はい/いいえ) ※「はい」の場合、後遺症を記入ください。

6. 治療期間 初診 (平成/令和) 年 月 日 入院期間 第1回目 (平成/令和) 年 月 日 ~ (平成/令和) 年 月 日 (退院(転院含む)/入院中/死亡退院/転科) 第2回目 (平成/令和) 年 月 日 ~ (平成/令和) 年 月 日 (退院(転院含む)/入院中/死亡退院/転科) 3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」を記入ください。(入院中の場合は「現在入院中」と付記ください。)

7. 上記第2項の傷病に関して実施した手術(持続ドレナージ・エタノール注入療法・腹腔灌流も含まれます。) ※医科診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行し「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日を記入ください。 別表から選択し記入ください。

手術	診療報酬点数区分 (K/J)	手術名	手術日 (左/右/両側)	手術日 (平成/令和) 年 月 日	手術種類 (ア~ツ)	手術内容 (①~⑭)

8. 先進医療 技術名 (施行日) (平成/令和) 年 月 日 ※厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所にて行われたものに限り。 (届出の有無を問いません。)

9. 前医または紹介医 (有/無) 医療機関名 (受療期間) (平成/令和) 年 月 頃 ~ (平成/令和) 年 月 頃

10. 放射線治療および悪性新生物温熱療法 照射内容 部位 総線量 (Gy/Bq) 区分 M 体外照射/定位照射(含むIMRT)/温熱療法/その他( ) 期間 (開始) (平成/令和) 年 月 日 ~ (終了) (平成/令和) 年 月 日

11. 通院治療 通院年月 合計日数 上記2項の傷病に関わる退院後の通院治療日に○印を記入ください。(往診日は含み、通院予定日は除きます。)

通院年月	合計日数
(平成/令和) 年 月 日	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
(平成/令和) 年 月 日	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
(平成/令和) 年 月 日	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
(平成/令和) 年 月 日	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
(平成/令和) 年 月 日	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

12. 意思能力 物事の意味を理解・判断し、それに基づいて意思表示を行うことができないと思われる場合は、○印をつけてください (できない)

① 点線の部分には封筒に封入・封緘のうえご提出ください。 ② 追記・訂正の場合、医師による追記・訂正箇所には証明印を押印してください。

上記のとおり証明します。 令和 年 月 日

所在地 病院または診療所の名称 電話番号 (標榜科またはご専門) 医師氏名

印