

入院・手術証明書(診断書)

ソニー生命保険株式会社 御中

お願い

1. 氏名	宮崎 良子 カルテ番号(2)		男・ <input checked="" type="checkbox"/>	生年 月日	明治 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	12 年 08 月 23 日	
2. 傷病名	傷病発生年月日			年 月 日			
ア 入院・手術の原因となった傷病名	転移性脳腫瘍 水頭腫			昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	23 03 01	いずれかに○印をしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 医師推定・患者申告	
イ アの原因	乳がん			昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	21 01 09	医師推定・患者申告	
ウ 合併症	心筋梗塞			昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	23 03 23	医師推定・患者申告	
エ 新生物の場合	悪性 ・ その他			病理組織診断名: 腺癌			
3. 診療期間	初診 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 23 年 04 月 01 日 ~ 平成 年 月 日 (終診・現在治療中)						
	第1回目入院			H23/04/01	~	H23/06/01	<input checked="" type="checkbox"/> 退院・現在入院中・その他
	第2回目入院			H23/07/01	~	H23/08/10	<input checked="" type="checkbox"/> 退院・現在入院中・その他
4. 前医 又は紹介医	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医師名 △△先生 初診日		医療機関名 ○○医院 その所在地			
5. 発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったか記入してください) 初診時の所見及び経過(治療内容及び検査成績、治療内容、経過 等)							
6. 合併症の治療内容期間等							
7. 今回の傷病に関して実施した手術(該当する項目に○印をしてください。)							
ア 手術の種類	(1) <input checked="" type="checkbox"/> 開頭術 イ、穿頭術 (2) ア、開胸術 イ、胸腔鏡下手術 (3) ア、開腹術 イ、腹腔鏡下手術 (4) ア、経尿道的 イ、経腔的 ウ、ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 (5) その他()						
イ 手術内容について	・筋骨関係手術の場合(観血・非観血) ・植皮・皮弁術の場合(25cm ² 以上・25cm ² 未満) ・手指・足指の手術の場合の手術野(MP関節より末梢・MP関節上・MP関節より中枢) ・口腔内の手術の場合(顎骨を削っている・顎骨を削っていない)						
ウ 手術名 (診療報酬点数表の 区分番号もご記入 願います。)	(K167-00) 頭蓋内腫瘍摘出術 () () ()			手術日		H23/04/10	
8. 放射線照射	部位	脳	期間	開始	H23/07/02	終了	H23/07/02
				総線量	20 グレイ		
9. 既往症 持病	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病名 子宮筋腫 治療期間 H03年10月 ~ H04年03月		医療機関名 XX病院 その所在地			
(郵便番号) 8600073 平成25年12月26日							
上記のとおり証明します。							
所在地 熊本市中央区島崎1-22-30							
病院又は診療所の名称 和幸システム病院							
医師氏名 鈴木 花子							
(電話番号) 096-327-9510							
印							

(2) (1) 選択肢のあるもの(太字で書かれた部分)については、該当するものを○で囲んでください。
訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印願います。

原本の複写またはコピーの場合それぞれに押印してください。