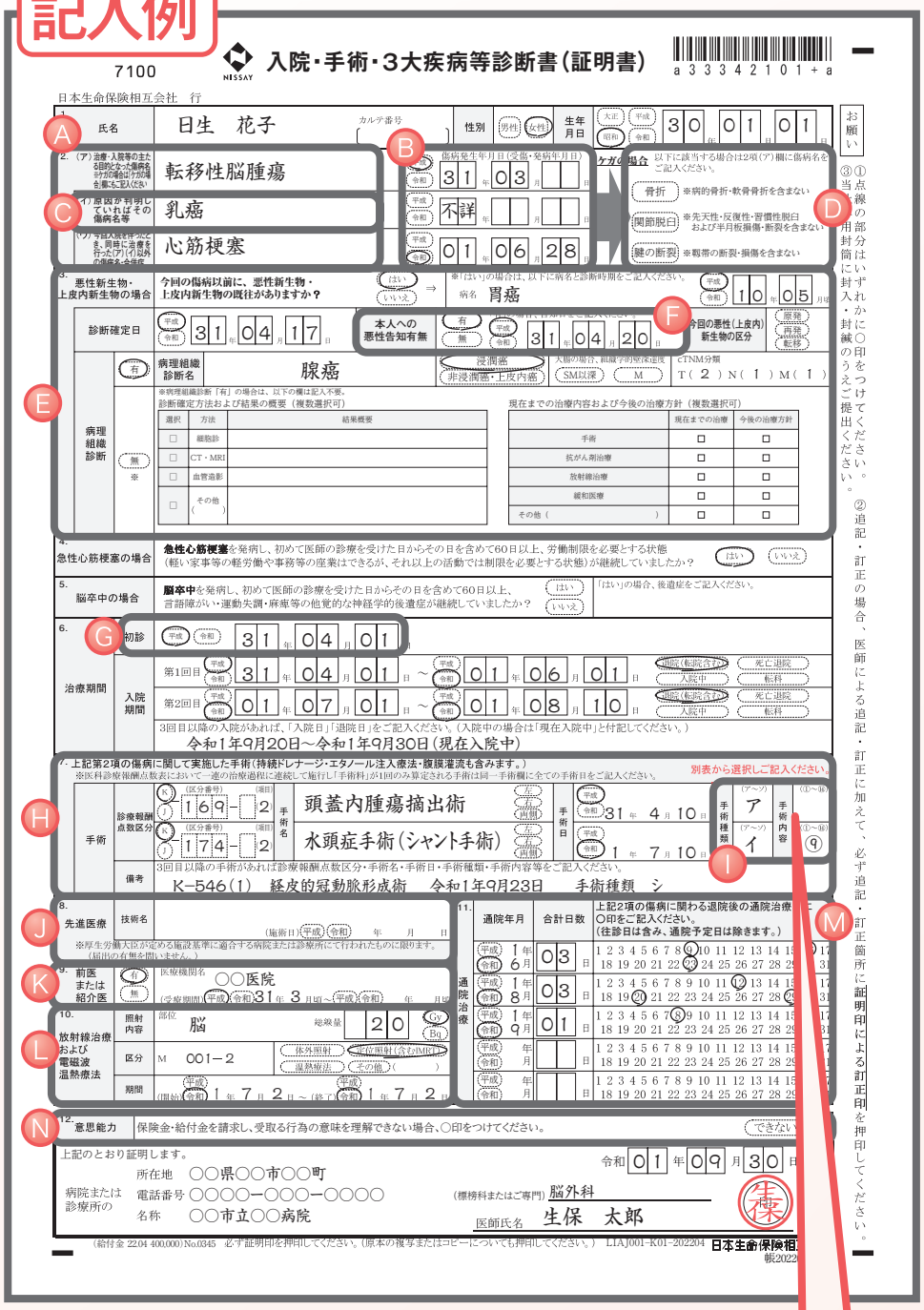
ご担当される先生へ

診断書ご記入にあたってのお願い

3〜5項、および7項手術欄は、正しい保険金・給付金のお支払いにとって特に重要な情報となります。
お手数ですが手術を施術された場合、また悪性新生物・上皮内新生物、急性心筋梗塞（狭心症は含まれません。）、脳卒中に該当する場合には、上記の項目についても全てご記入ください。

記入例

（これは記入見本のため架空の例です。）



2項

A 急性心筋梗塞・狭心症について
心電図検査を実施したうえで診断されている場合にご記入ください。

脳卒中・脳動脈瘤・一過性脳虚血発作について
画像検査を実施したうえで診断されている場合にご記入ください。

（ウ）欄には、入院加療の必要のある傷病名等をご記入ください。

B 傷病発生年月日（受傷・発病年月日）が不明な場合は、□□の部分に「不詳」とご記入ください。

C 治療・入院等の主たる目的となった傷病名がケガの場合は受傷原因（交通事故・転落事故等）をご記入ください。

D 2項の**傷病がケガの場合は、該当する項目に○印をつけて**ください。

3項

E **傷病名が悪性新生物・上皮内新生物の場合、当欄の記入が必須となります。**
診断確定日については、今回の悪性新生物・上皮内新生物の診断確定日をご記入ください。

病理組織診断が実施されなかった場合は、その他の診断確定方法をご記入ください。
（この場合、病理組織診断以外の検査による診断確定日をご記入ください。）

F 患者本人への悪性病名の告知有無についてご記入ください。（本人告知有の場合は、告知日をご記入ください。）

6項

G 初診日は、貴院における「2項（ア）」の傷病名に関する最初の診療日をご記入ください。
（貴院他科での診療を含みます。）

7項

H 診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術は全てご記入ください。**（気管切開術・内視鏡的止血術・ステント留置術・シャント術・ラジオ波焼灼術等を含みます。）**

診療報酬点数表で「処置料」が算定される処置であっても**持続ドレナージ・エタノール注入療法・腹膜灌流はご記入**ください。

内視鏡（胸腔鏡・腹腔鏡は除く）による手術の場合、手術種類は「シ.ファイバースコープ、血管バスケットカテーテル」としてください。

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ご記入ください。
詳細については当社ホームページ（https://www.nissay.co.jp）でご覧になれます。

8項

J 先進医療にて加療された場合は、技術名・施術日をご記入ください。**（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ます。（届出の有無を問いません。））**
詳細については当社ホームページ（https://www.nissay.co.jp）でご覧になれます。

9項

K 医療機関名・受療期間等お分かりになる範囲でご記入ください。

10項

L 総線量の記入の際には該当する単位にも○印をつけてください。**照射期間・照射種類が複数となる場合は、7項備考欄に照射期間・照射種類・照射内容・総線量・区分をご記入**ください。

11項

M 退院後、貴院にて通院治療がございましたらご記入ください。（通院予定日は除く。）
各月の「合計日数」は必ずご記入ください。

12項

N 次にあてはまる時に○印をつけてください。
・保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できない

I 手術種類・手術内容別表

〈手術種類〉

ア.開頭術	イ.穿頭術	ウ.開胸術	エ.胸腔鏡
オ.開腹術	カ.腹腔鏡	キ.経口的	ク.経鼻的
ケ.経皮的	コ.経膣的	サ.経尿道的	
シ. ファイバースコープ、血管バスケットカテーテル			
ス.眼科レーザー	セ.衝撃波	ソ.その他	

〈手術内容〉

<筋骨関係の手術の場合> ①観血手術　②非観血手術	<骨・筋・腱・靱帯・関節内へ操作> ③操作が及ぶ　④操作が及ばない
<手指・足指の手術の場合> ⑤MP関節を含んでそれより中枢側に及ぶ ⑥MP関節の中枢側に及ばない	<植皮術・皮弁術の植皮・皮弁面積> ⑦25cm²以上　⑧25cm²未満
<穿頭孔を経由した手術の場合> ⑨新たな穿頭を実施 ⑩既存の穿頭孔を使用	<口腔内手術の場合、顎骨に> ⑪達する手術　⑫達しない手術
	<骨内異物除去術の場合> ⑬抜釘　⑭その他

手術種類・内容は上記から選択してください。**複数に該当する場合は全てご記入ください。**該当する項目がない場合は記入不要です。（腹腔鏡補助下に開腹術を施行した場合は手術種類に「オ」と「カ」をご記入ください。）

ご記入後、切り取ってください