

住院/手术等诊断书(证明书)大肠息肉用

致 日本生命保険相互会社
有关住院/手术等的主治医生证明



1.	姓名	病历卡编号 ()		性别	☐ 男性 ☐ 女性	出生日期	年 月 日			
2.	伤病名	1. 大肠息肉 2. 其他 ()								
3.	上述伤病的初诊日	年 月 日		4.	可否在门诊进行手术	1. 可 2. 否				
5.	住院原因	1. 患者希望 2. 医生指示 如属于“医生指示”的情形，请填写		6.	住院所需的医学根据					
7.	入院时的症状 ※可多项选择	1. 无 2. 腹痛 3. 发热 4. 呕吐 5. 腹泻 6. 吐血 7. 便血		8.	入院时的检查 ※可多项选择	1. 无 2. 血液检查 3. 腹部超声 4. 内窥镜（上消化道） 5. 内窥镜（下消化道） 6. X射线检查 7. CT 8. 其他 ()				
9.	住院期间	第1次 2 0 年 月 日 ~ 2 0 年 月 日 1. 出院（含转院） 2. 死亡出院 第2次 2 0 年 月 日 ~ 2 0 年 月 日 3. 住院中 4. 转科 如果有第3次及更多次住院，请填写“住院日期”和“出院日期”。（如果是住院中状态，请备注“目前住院中”。）								
10.	(仅限住院的情况) 是否属于为了诊断的检查而进行的住院？		1. 是 2. 否							
11.	针对上述第2项伤病实施的手术（含持续引流及乙醇注射疗法）									
	手术	手术名	1. 左半结肠切除术 2. 右半结肠切除术 3. 两阑切除术 4. 腹腔镜手术			手术日	2 0 年 月 日 2 0 年 月 日			
		备注	如果有其他手术，请填写手术名、手术日等。							
12.	如为恶性新生物/上皮内新生物	在本次伤病之前，是否有恶性新生物/上皮内新生物的既往史？		1. 是 2. 否 ⇒		※如果“是”请在以下填写病名和诊断时间。 [病名] [诊断时间] 年 月前后				
	病理组织诊断	确诊日期	年 月 日	有无向本人告知恶性	1. 有 2. 无 年 月 日		如果“有”请填写告知日期。		本次恶性新生物/上皮性新生物的种类	1. 原发 2. 复发 3. 转移
		病理组织诊断名	1. 浸润癌 2. 非浸润癌・上皮内癌		组织学上的浸润深度 1. SM以深 2. M		cTNM分类 T () N () M ()			
		※病理组织诊断为“有”时，无须填写下栏。 确诊方法和结果概述(可多选)		此前的治疗内容及今后的治疗方针(可多选)						
		选择	方法	结果概述		手术		此前的治疗	今后的治疗方针	
		☐	细胞诊断			抗癌药治疗		☐	☐	
		☐	CT・MRI			放射治疗		☐	☐	
		☐	血管造影			姑息治疗		☐	☐	
		☐	其他 ()			其他 ()		☐	☐	
13.	门诊治疗	门诊时间	合计日数	请在与上述第2项伤病相关的出院后门诊治疗日上划○。 (含医生上门诊疗日，门诊预定日除外。)						
		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						
		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						
		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						
14.	前一次就诊医院	1. 有 医疗机构名 2. 无 (诊疗期间) 年 月前后 ~ 年 月前后						盖章		
15.	意思能力	如果不能理解申请领取保险金和赔付金的含义，请划○。						不能		
上述情况属实，特此证明。		请在适用的项目上划○。								
医院名 :		1. 三级医院 2. 二级医院								
地址 :		3. 一级医院 4. 未定级・其他								
诊疗科 :		证明日期: 年 月 日								
电话号码 :		(签名)								
医生姓名 :										
国家 :										

填写要求
请在虚线部分的相应选项上划○

