

Эмнэлэгт хэвтэх·Мэс засал хийлгэсэн талаарх онош (Эмнэлгийн гэрчилгээ)

Бүдүүн гэдэсний хоргүй хавдарт

Японы эрүүл мэндийн даатгалын компанид

Эмнэлэгт хэвтэх·Мэс засал хийлгэх зэрэгтэй холбоотой эмчийн тодорхойлолт



1. Нэр	Эмнэлгийн бүртгэлийн дугаар ( ) Хүйс Эр Эм		Төрсөн огноо	____/____/____ он ____ сар ____ өдөр																											
2. Өвчний онош	1.Бүдүүн гэдэсний хоргүй хавдар 2.Бусад ( )																														
3. дээрх өвчний анхны үзлэгийн огноо	____/____/____ он ____ сар ____ өдөр	4. Амбулаторийн үзлэгээр мэс засал зөвшөөрөгдсөн эсэх	1.Зөвшөөрөгдсөн 2.Зөвшөөрөгдөөгүй																												
5.Эмнэлэгт хэвтэх болсон шалтгаан	1.Өвчний хүсэлтээр 2.Эмчийн үзлэгээр	Эмчийн үзлэгтэй сонгохон тохиолдвал сонгоно уу.	6.Эмнэлэгт хэвтэх шаардлагатай гэж үзсэн эмнэл зүйн үндэслэл																												
7.Эмнэлэгт хэвтэх үеийн шинж тэмдэг	1.Байхгүй 2.Гэдэс өвдөх 3.Халуурах 4.Бөөлжих 5.Гэдэс гүйлгэх 6.Цустай бөөлжих 7.Цустай хундрэх		8. Эмнэлэгт хэвтэх үед хийгдсэн шинжилгээ	1.Байхгүй 2.Цусны шинжилгээ 3.Хэвлийн хэт авиан шинжилгээ 4.Дурангийн шинжилгээ (хоол боловсруулах замын дээд хэсэг) 5.Дурангийн шинжилгээ (хоол боловсруулах замын доод хэсэг) 6.Рентген 7.СТ 8.Бусад ( )																											
9. Хэвтэн эмчлүүлсэн хугацаа	1 дэх удаа	20 ____ он ____ сар ____ өдөр	~	20 ____ он ____ сар ____ өдөр																											
	2 дах удаа	20 ____ он ____ сар ____ өдөр	~	20 ____ он ____ сар ____ өдөр																											
	3-аас дээш удаа эмнэлэгт хэвтсэн бол "хэвтсэн хугацаа" болон "гарсан хугацаа"-г бичнэ үү. (Одоо хэвтэн эмчлүүлж байгаа бол "Одоо хэвтэж байгаа" гэж бичнэ үү)																														
10. (Зөвхөн хэвтэн эмчлүүлэх тохиолдолд) Өвчний оношийг тогтоохын тулд шинжилгээ хийлгэхээр эмнэлэгт хэвтэж байгаа юу?	1.Тийм 2.Үгүй																														
11. Дээр дурьдсан 2 дахь хэсэгт буй өвчний оноштой холбоотойгоор хийгдсэн мэс засал (Гуурс тавих ажилбар болон этанолын эмчилгээ мөн хамаарна)	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Мэс засал</td> <td rowspan="2">Мэс заслын огноо</td> <td>1.Эвчн</td> <td>20 ____ он ____ сар ____ өдөр</td> </tr> <tr> <td>2.Баруун</td> <td>20 ____ он ____ сар ____ өдөр</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Нэмэлт тэмдэглэл</td> <td colspan="2">Өөр мэс засал хийлгэсэн бол мэс заслын нэр, огноог бөглөнө үү.</td> </tr> </table>				Мэс засал	Мэс заслын огноо	1.Эвчн	20 ____ он ____ сар ____ өдөр	2.Баруун	20 ____ он ____ сар ____ өдөр	Нэмэлт тэмдэглэл		Өөр мэс засал хийлгэсэн бол мэс заслын нэр, огноог бөглөнө үү.																		
Мэс засал	Мэс заслын огноо	1.Эвчн	20 ____ он ____ сар ____ өдөр																												
		2.Баруун	20 ____ он ____ сар ____ өдөр																												
Нэмэлт тэмдэглэл		Өөр мэс засал хийлгэсэн бол мэс заслын нэр, огноог бөглөнө үү.																													
12. Хорт хавдар болон хорт хавдрын эрт үе	Та энэхүү өвчнөөс өмнө хорт хавдар, эсвэл хорт хавдрын эрт үе (эпители эсийн хавдар) гэж оношлогдож байсан юу? 1.Тийм 2.Үгүй																														
Онош тогтоосон огноо	Өвчтөнд өөрт нь хорт хавдрыг мэдээлсэн эсэх		Энэ удаагийн хорт хавдрын ангилал																												
	1.Тийм 2.Үгүй		1.Эх хавдар 2.Давхсан хавдар 3.Усривчсан																												
Моно йнцэлгээний нийс	Эсийн шинжилгээгээр оношлогдсон нэр	Эсийн түвшин дэх хавдрын эсийн нэвчилт		Клиникийн TNM ангилал																											
	1.Тийм 2.Үгүй	1.5M давхаргаас гүн нэвчилсэн 2.M нэвчилсэн		T ( ) N ( ) M ( )																											
*Хэрэв эсийн шинжилгээг "Тийм" гэж хариулсан бол дараах талбаруудыг бөглөх шаардлагагүй. Онош тогтоосон арга болон үр дүнгийн хураангуй (Олон хариулт сонгох боломжтой)																															
Үр дүнгийн хураангуй			Одоог хүртэл хийгдсэн эмчилгээ болон цаашид хийгдэх эмчилгээний чиглэл (Олон хариулт сонгох боломжтой)																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Сонгох</th> <th>Арга</th> <th>Үр дүнгийн хураангуй</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Эсийн шинжилгээ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>CT-MRI</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Судасны дүрс оношлогоо</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Бусад ( )</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Сонгох	Арга	Үр дүнгийн хураангуй	<input type="checkbox"/>	Эсийн шинжилгээ		<input type="checkbox"/>	CT-MRI		<input type="checkbox"/>	Судасны дүрс оношлогоо		<input type="checkbox"/>	Бусад ( )		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Одоог хүртэл хийгдсэн эмчилгээ</th> <th>Цаашид хийгдэх эмчилгээний чиглэл</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Мэс засал</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Химийн эмчилгээ</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Туяа эмчилгээ</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Хордлого тайлах эмчилгээ</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Бусад ( )</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Одоог хүртэл хийгдсэн эмчилгээ	Цаашид хийгдэх эмчилгээний чиглэл	Мэс засал	<input type="checkbox"/>	Химийн эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	Туяа эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	Хордлого тайлах эмчилгээ	<input type="checkbox"/>	Бусад ( )	<input type="checkbox"/>
Сонгох	Арга	Үр дүнгийн хураангуй																													
<input type="checkbox"/>	Эсийн шинжилгээ																														
<input type="checkbox"/>	CT-MRI																														
<input type="checkbox"/>	Судасны дүрс оношлогоо																														
<input type="checkbox"/>	Бусад ( )																														
Одоог хүртэл хийгдсэн эмчилгээ	Цаашид хийгдэх эмчилгээний чиглэл																														
Мэс засал	<input type="checkbox"/>																														
Химийн эмчилгээ	<input type="checkbox"/>																														
Туяа эмчилгээ	<input type="checkbox"/>																														
Хордлого тайлах эмчилгээ	<input type="checkbox"/>																														
Бусад ( )	<input type="checkbox"/>																														
13. Амбулаторийн эмчилгээ	Эмнэлэгт үзүүлсэн огноо	Нийт өдрийн тоо	Дээр дурьдсан 2 дахь хэсэгт буй өвчний оноштой холбоотой эмнэлгээс гарсаны дараах амбулаторийн эмчилгээний өдрүүдийг дугуйлна үү. (Гэрээр үзсэн өдөр багтана, ирээдүйд эмнэлэгт ирэхээр төлөвлөсөн өдрүүд хамаарахгүй)																												
	он сар өдөр	____ өдөр	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																												
	он сар өдөр	____ өдөр	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																												
	он сар өдөр	____ өдөр	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. Өмнө хийгдсэн эмчилгээ	1.Хийгдсэн 2.Хийгдээгүй																														
	Эмнэлгийн байгууллагын нэр (Эмчилгээний хугацаа) оны сараас ~ оны сарын орчимд																														
15. Эрх зүйн чадамж	Даатгалын нөхөн төлбөрийг шаардах, хүлээн авах үйлдлийн утгыг ойлгохгүй тохиолдолд дугуйлна үү																														
	Чдахгүй																														

Хүсэлт Цэгэн шугамаар хүрээлэгдсэн хэсгийн аль нэгийг дугуйлна үү.

Дээрх мэдээллийг үнэн зөв болохыг баталж байна. Огноо : он сар өдөр

Эмнэлэг буюу эмчилгээний газрын Эмнэлгийн нэр : Хаяг : Эмчилгээний тасаг : Утасны дугаар : Эмчийн нэр : Улс : (Гарын үсэр)

## Эмнэлгийн даатгалд хамрагдах, эсхүл нөхөн төлбөрийн өргөдөл гаргахаар төлөвлөж буй эрхэм харилцагч танд

Эмнэлгийн даатгалын нөхөн төлбөр олгох нөхцөл болох “эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” тухай танд танилцуулж байна. Дэлгэрэнгүйг гэрээний товч гарын авлага болон гэрээний нөхөн төлбөр олгох нөхцөл хэсгээс харна уу.

Гэрээнд заасан нөхөн төлбөр олгох нөхцөл болох “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” гэдэгт дор дурдсан (А) ~ (С) заасан тохиолдлууд хамаарна.

### (А) Эмчийн хяналтанд эмчилгээ хийгдэх шаардлагатай

#### Нөхөн төлбөр олгохгүй нөхцөл

Эмчилгээ хийлгэх зорилгоор бус шинжилгээ хийлгэх зорилгоор эмнэлэгт хэвтэж, улмаар шинжилгээний хариу эмчилгээ хийх шаардлагатай, хэвийн бус шинж тэмдэг илэрсэн гэж гараагүй тохиолдолд



⇒ “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” даатгалын тохиолдолд хамаарахгүй

### (В) Гэрээр болон амбулаторийн эмчилгээ хийгдэхэд хүндрэлтэй

#### Нөхөн төлбөр олгохгүй нөхцөл

Шинжилгээгээр хэвийн бус шинж тэмдэг илрээгүй ч амрах зорилгоор эмнэлэгт хэвтэж, улмаар амрах, эм уух зэрэг эмчилгээ хийгдсэн тохиолдолд



⇒ “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” даатгалын тохиолдолд хамаарахгүй

### (С) Байнгын эмчийн хяналтанд байх, эмчилгээнд бүрэн төвлөрөх шаардлагатай

#### Нөхөн төлбөр олгохгүй нөхцөл

Эмнэлэгт хэвтэж байх хугацаанд хийгдэж буй эмчилгээтэй хамааралгүйгээр гадуур их цаг зарцуулж, гадуур хонох үйлдлийг удаа дараа гаргасан тохиолдолд



⇒ “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” даатгалын тохиолдолд хамаарахгүй

○ “Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” даатгалын тохиолдолд хамаарах эсэхийг дан ганц эмчийн шийдвэрээр бус, манай компанийн зүгээс эмчилгээний агуулга, шинжилгээний хариу, өвчтөний биеийн байдлыг шалгасны үндсэнд Японы эмнэлгийн стандарт журмыг харгалзан үзэж тогтооно.

○ Таны ирүүлсэн өвчний онош тодорхойлсон баримт бичгийг агуулгад үндэслэн манай компанийн нөхөн төлбөрийн мэргэжилтэн (манай компаниас итгэмжилсэн холбогдох ажилтууд хамаарна) нь өргөдөл болон мэдэгдлийн агуулга, даатгалын нөхөн төлбөр олгох тухай шаардлагын агуулга зэргийг шалгаж баталгаажуулах тохиолдол бий.

Энэ тохиолдолд бид таны гаргасан өргөдлийг аль болох хурдан шийдвэрлэхийг хичээх боловч бий болсон тохиолдлын агуулга, эмнэлгийн байгууллагын байршил, нөхцөл боломж болон бусад хүчин зүйлээс хамааран дотоодын эмнэлгийн байгууллагын хүсэлтийг баталгаажуулахад ойролцоогоор нэг сар буюу түүнээс дээш хугацаа, гадаадын эмнэлгийн байгууллагын хүсэлтийг баталгаажуулахад ойролцоогоор гурван сар буюу түүнээс дээш хугацаа шаардагдах боломжтой.

## ■ Эмчилгээний дэмжлэг болгож олгох даатгалын нөхцөл / Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх даатгалын нэгдсэн олговрын гэрээний нөхцөл Хавсралт 3 7 · 3 8 (иш татав)

“Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх” гэдэг нь, Эмч (хураангуйлав) эсхүл шүдний эмчийн эмчилгээ (хураангуйлав) шаардлагатай, мөн гэрээр (хураангуйлав) болон амбулаторийн байдлаар эмчилгээ хийгдэх боломжгүй учраас эмнэлэг, эмнэлгийн байгууллагад очин эмч, шүдний эмчийн хяналтанд төвлөрсөн эмчилгээ хийлгэхийг хэлнэ.

“Эмнэлэг, эмнэлгийн байгууллага” гэдэгт доор заасан зүйлсийн аль нэг хамаарна.

- (1) Эмчилгээний тухай хуульд заасан Япон улсад үйл ажиллагаа явуулдаг эмнэлэг, эсхүл өвчтөнийг хүлээн авах зорилгоор байгуулагдсан эмчилгээний байгууллага (хураангуйлав) Мөн амбулаторийн мэс заслын нөхөн олговрын тухайд өвчтөнийг хэвтүүлэн эмчлэх оргүй буюу байгууламжгүй эмнэлгийг мөн хамруулна. Гэвч Асрамжийн даатгалын тухай хуульд заасан ахмад настны сэргээн засах асрамжийн байгууллага болон Ахмад настны халамжийн тухай хуульд заасан ахмад настны халамжийн байгууллага, түүнчлэн төлбөртэй асрамжийн газруудыг хамруулахгүй.
- (2) Өмнөх зүйлд заасантай адил төрлийн үйл ажиллагааг Япон улсын гадна явуулдаг эмнэлгийн байгууллага

## ■ Даатгалын нөхөн төлбөр олгохгүй үндсэн тохиолдлууд

- Гоо сайхны эмчилгээ хийлгэхээр эмнэлэгт хэвтэх
- Дасгал хөдөлгөөн болон хоолны дэглэмд төвлөрч, биеийн байдлыг сайжруулах, эрүүл мэндээ сайнаар нь хадгалахыг үндсэн зорилго болгон эмнэлэгт хэвтэх
- Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж, зайлшгүй эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай өвчний шинж тэмдэг хангалттай илрээгүй үед эмнэлэгт хэвтэх (Жишээ нь: эмчийн үзлэг, шинжилгээгээр ямар нэгэн хэвийн бус өөрчлөлт илрээгүй боловч зөвхөн өвчтөн өөрийн мэдэрсэн шинж тэмдэгт тулгуурлан хэвтэн эмчлүүлсэн тохиолдол)
- Эмчилгээний үндсэн зорилгогүйгээр онош тогтоохын тулд шинжилгээ хийлгэхээр эмнэлэгт хэвтэх (Жишээ нь: шөнийн полиграфийн шинжилгээ (PSG) эсвэл хоол боловсруулах замын дурангийн шинжилгээний улмаас эмчилгээний үндсэн зорилгогүй хэвтсэн тохиолдол)
- Сахиур хийх зорилгоор эмнэлэгт хэвтэх
- Хэвийн төрөлтөөс болж эмнэлэгт хэвтэх (хэвийн бус төрөлтөөс болж эмнэлэгт хэвтэх нь даатгалын тохиолдолд хамаарна)



日本生命保険相互会社

NISSAY Төв оффис: 3-5-12 Имбаши, Чуо-ку, Осака 541-8501  
Токиогийн төв оффис: 1-6-6 Марүночи, Чиёода-ку,  
Токио 100-8288

< Ниссей Тотал Партнер >

# 医療保険へのご加入や給付金のご請求を検討されているお客様へ

医療保険のお支払事由である約款所定の「入院」について、ご案内いたします。  
詳細はご契約のしおり・約款等をご確認ください。

約款で定める支払対象となる「入院」は以下（A）～（C）に該当する場合です

## （A）医師による治療が必要

### 支払対象外例

治療ではなく検査のみを目的とした入院で、検査の結果も治療が必要なほどの異常が確認されなかった場合



⇒支払対象となる「入院」には該当しません

## （B）自宅・通院で治療困難

### 支払対象外例

検査では異常なかったが安静目的の入院で、治療は安静と内服薬の投薬のみの場合



⇒支払対象となる「入院」には該当しません

## （C）常に医師の管理下において治療に専念

### 支払対象外例

入院中、治療とは無関係の外出・外泊が多く、病院外にいる時間が長かった場合



⇒支払対象となる「入院」には該当しません

- 支払対象となる「入院」に該当するかどうかは、**医師の判断だけでなく、当社において治療内容、検査結果及びその推移等を確認のうえ、入院当時の日本国内における医学的水準に照らして判断させていただきます。**
- ご提出いただいた診断書等の内容によっては、**当社の確認担当職員（当社が委託した確認担当者を含む）が、申込内容、告知内容、保険金等の請求内容等を確認させていただくことがあります。**その際は、迅速にお手続きができるよう努めてまいります。照会の内容や医療機関の所在・都合等の事情により、国内の医療機関については概ね1か月以上、海外の医療機関については概ね3か月以上の確認期間を要する場合がございます。

## ■治療サポート保険給付約款／入院総合保険給付約款 別表37・38（抜粋）

「入院」とは、**医師（略）または歯科医師による治療（略）が必要**であり、かつ、**自宅等（略）での治療または通院による治療によっては治療の目的を達することができないため、病院または診療所に入り、常に医師または歯科医師の管理下において治療に専念すること**をいいます。

「病院または診療所」とは、つぎの各号のいずれかに該当したものとします。

- （1）**医療法に定める日本国内にある病院または患者を入院させるための施設を有する診療所（略）**。ただし、外来手術給付金については、患者を入院させるための施設を有しないものを含みます。なお、介護保険法に定める介護老人保健施設および介護老人福祉施設ならびに老人福祉法に定める老人福祉施設及び有料老人ホームは含まれません。
- （2）前号の場合と同等の日本国外にある医療施設

## ■支払対象とならない主な事例

- 美容上の処置による入院
- 運動療法・食事療法を中心とした体質改善や健康維持管理を主たる目的とする入院
- 入院による治療の必要性を裏付けるに足りる他覚所見が得られない入院（例えば、医師による診察・検査では異常所見は認められなかったものの、自覚症状のみを理由として入院をした場合）
- 治療を主たる目的としない診断のための検査による入院（例えば、終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG検査）や消化器内視鏡検査による入院で、治療を主たる目的としない入院）
- 介護を主たる目的とする入院
- 正常分娩による入院（異常分娩による入院は支払対象となります。）



日本生命保険相互会社

NISSAY 本店：〒541-8501 大阪市中央区今橋3-5-12  
東京本部：〒100-8288 東京都千代田区丸の内1-6-6

<ニッセイ・タルパートナー>