

住院/手术等诊断书(证明书) 肠胃炎用

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	※可多项选择 1.急性胃炎 / 急性肠炎 2.慢性胃炎 3.其他 ()						
3.	上述伤病的初诊日	年 月 日						
4.	入院时的症状・检查等	a.	诊疗方式	※请选择其中一项 1.普通门诊 2.非工作时间门诊 3.急救送诊 4.其他 ()				
		b.	住院原因	※请选择其中一项 1.患者希望 2.医生指示		如属于“医生指示”的情形,请填写		入院所需的医学根据
		c.	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				
		d.	入院时能否通过口腔进食	※请选择其中一项 1.基本可以 2.基本不可				
		e.	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 ()				
		f.	发现需住院治疗程度异常之检查	※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 ()				
5.	住院治疗(手术以外)	a.	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 3.住院中 4.转科		
			第2次 2 0 年 月 日 ~ 2 0 年 月 日	1.出院(含转院) 2.死亡出院 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”。)					
		b.	住院中的治疗	※可多项选择 1.无(仅静养・检查) 2.禁食 3.口服药 4.短暂时静脉注射 5.24小时持续性静脉注射 6.其他 ()				
6.	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 2.右 3.两侧			手术日期	2 0 年 月 日	
			1.左 2.右 3.两侧				2 0 年 月 日	
		备注	如果有其他手术,请填写手术名、手术日等。					
7.	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				
8.	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	
9.	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。								
医院名 :		请在适用的项目上划○。 1.三级医院 2.二级医院 3.一级医院 4.未定级・其他						
地址 :								
诊疗科 :								
电话号码 :		证明日期: 年 月 日						
医生姓名 :		(签名)						
国家 :								

填写要求
请在虚线部分的相应选项上划○