

住院/手术等诊断书(证明书)痔核/肛瘻/肛裂用



致 日本生命保险相互会社

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. 痔核

2. 肛瘻

3. 肛裂

4. 其他

3. 上述伤病的初诊日

年

月

日

4. 住院原因

※请选择其中一项

1. 患者希望

2. 医生指示

5. 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”。)

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

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

盖章

上述情况属实, 特此证明。

医院名

地址

诊疗科

医院或诊疗所的

电话号码

医生姓名

国家

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

证明日期

年

月

日

(签名)

填写要求
请在虚线部分的相应选项上划○