

住院/手术等诊断书(证明书) 支气管炎用

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	填写要求 请在虚线部分的相应选项上划○
2.	伤病名 ※不需要划○	支气管炎/上呼吸道炎/上呼吸道感染 上述以外进行住院治疗的伤病 ()						
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.	入院时发现异常的影像学检查	※可多项选择 1. 无 2. X射线 3. CT 4. 其他 ()						
6.	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						
7.	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”。)						
8.	住院中的治疗	※可多项选择 1. 口服药 2. 短暂时静脉注射 3. 24小时持续性静脉注射 4. 其他 ()						
9.	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. 双侧		手术日期	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。						
10.	外出/外宿的状况	外出 回 外宿 日						
11.	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				
12.	前一次就医医院	1. 有 医疗机构名 2. 无 (诊疗期间) 年 月前后 ~ 年 月前后				盖章		
13.	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 : 地址 : 诊疗科 : 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) _____						