

住院/手术等诊断书(证明书) 晕眩症用

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	※可多项选择 1. 良性阵发性位置性眩晕 2. 梅尼埃病 3. 前庭神经炎 4. 中枢性眩晕 5. 不明原因眩晕 6. 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							
		c.	入院时 发现异常的 影像学检查	※可多项选择 1. 无 2. CT 3. MRI 4. 其他 ()							
		d.	入院时有无眼球震颤	※请选择其中一项 1. 无 2. 有							
		e.	入院时有无感到恶心	※请选择其中一项 1. 无 2. 有							
		f.	入院时有无站立行走障碍	※请选择其中一项 1. 无 2. 有							
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. 静养 2. 口服药 3. 短暂时静脉注射 4. 24小时持续性静脉注射 5. 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期上划○。 (含医生上门诊治日, 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 : 地址 : 医院或诊疗所 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)											