

住院/手术等诊断书(证明书)椎间盘突出等脊柱疾病用

致 日本生命保险相互会社

住院/手术等的主治医生证明



1. 姓名	病历卡编号 ()	性别	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	出生日期	年 月 日
2. 伤病名	※可多项选择 1. 椎间盘突出(颈椎/胸椎/腰椎) 2. 变形性脊椎病(包括颈椎病、腰椎病) 3. 腰痛症 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. 入院时的移动方式	※请选择其中一项 1. 独立步行 2. 拐杖步行 3. 助行器 4. 轮椅 5. 其他 ()				
6. 入院时的症状	※可多项选择 1. 颈部痛 2. 腰痛 3. 麻木 4. 上肢或下肢肌无力 5. 膀胱直肠功能障碍 6. 其他 ()				
7. 客观体征	※请选择其中一项 1. 无 2. 有 \longrightarrow 如属于“有”的情形,请填写		8. 客观体征的详细说明		
9. 住院期间	第1次	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	1. 出院(含转院) 2. 死亡出院 3. 住院中 4. 转科		
	第2次	20 年 月 日 ~ 20 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”。)					
10. 住院治疗(手术以外)	※可多项选择 1. 静养 2. 口服药/外用药 3. 康复治疗(含理疗/物理治疗/运动治疗) 4. 触发点注射 5. 神经根阻滞注射 6. 其他 ()				
11. 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	20 年 月 日
		1. 左 2. 右 3. 两侧			20 年 月 日
备注	如果有其他手术,请填写手术名、手术日等。				
12. 外出/外宿的情况	外出 次 外宿 天				
13. 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		
14. 前一次就诊医院	1. 有 2. 无 (诊疗期间) 年 月前后 ~ 年 月前后			盖章	
15. 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	:	证明日期: 年 月 日			
医院或诊疗所的	诊疗科	:	(签名)		
	电话号码	:			
	医生姓名	:			
	国家	:			

填写要求
请在虚线部分的相应选项上划○