

# 住院/手术等的主治医生证明书(证明书)

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 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	出生日期 年 / 月 / 日																																							
2.	(a) 导致治疗/住院等的主要伤病名 ※如果受伤, 还须填写“受伤的情况”栏	伤病发生日期(受伤/发病日期) 年 / 月 / 日		受伤的情况 如果属于以下情况, 请在第2项(a)栏中填写伤病名。 <input type="checkbox"/> 骨折 ※不含病理性骨折、软骨骨折 <input type="checkbox"/> 关节脱臼 ※不含先天性、反复性、习惯性脱臼及半月板损伤、断裂 <input type="checkbox"/> 肌腱断裂 ※不含韧带断裂、损伤																																							
	(b) 如果原因已查明 填写相应伤病名等	伤病发生日期(受伤/发病日期) 年 / 月 / 日																																									
	(c) 在本次住院的同时进行治疗的 (a) (b) 以外的伤病名/并发症	伤病发生日期(受伤/发病日期) 年 / 月 / 日																																									
3.	如为恶性新生物/上皮内新生物	在本次伤病以前, 是否有恶性新生物/上皮内新生物的既往史? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		※如果“是”, 请在以下填写病名和诊断时间。 [病名] [诊断时间] 年 / 月 前后																																							
	确诊日期 年 / 月 / 日	有无向本人告知恶性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	如果“有”, 请填写告知日期。 年 / 月 / 日																																								
	病理组织诊断 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	病理组织诊断名	本次恶性新生物/上皮内新生物的类型 <input type="checkbox"/> 原发 <input type="checkbox"/> 复发 <input type="checkbox"/> 转移																																								
		cTNM分类 T ( ) N ( ) M ( )																																									
	※病理组织诊断为“有”时, 无需填写下栏。 确诊方法和结果概述(可多选)		此前的治疗内容及今后的治疗方针(可多选)																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>选择</th> <th>方法</th> <th>结果概述</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>细胞诊断</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>CT/MRI</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>血管造影</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>其他 ( )</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		选择	方法	结果概述	<input type="checkbox"/>	细胞诊断		<input type="checkbox"/>	CT/MRI		<input type="checkbox"/>	血管造影		<input type="checkbox"/>	其他 ( )		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>此前的治疗</th> <th>今后的治疗方针</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 浸润癌</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 非浸润癌/原位癌</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手术</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 抗癌药治疗</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 放射治疗</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 姑息治疗</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 其他 ( )</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			此前的治疗	今后的治疗方针	<input type="checkbox"/> 浸润癌			<input type="checkbox"/> 非浸润癌/原位癌			<input type="checkbox"/> 手术	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 抗癌药治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 放射治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 姑息治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 其他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
选择	方法	结果概述																																									
<input type="checkbox"/>	细胞诊断																																										
<input type="checkbox"/>	CT/MRI																																										
<input type="checkbox"/>	血管造影																																										
<input type="checkbox"/>	其他 ( )																																										
	此前的治疗	今后的治疗方针																																									
<input type="checkbox"/> 浸润癌																																											
<input type="checkbox"/> 非浸润癌/原位癌																																											
<input type="checkbox"/> 手术	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/> 抗癌药治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/> 放射治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/> 姑息治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/> 其他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
4.	急性心肌梗塞的情况	急性心肌梗塞发病, 从首次就诊日起60天(含当日)以上, 是否一直处于需要限制劳动的状态(可以进行轻松家务等轻度劳动或办公等坐着的工作, 但需限制更高强度活动的状态)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																																									
5.	脑卒中的情况	脑卒中发病, 从首次就诊日起60天(含当日)以上, 是否一直存在语言障碍、共济失调、麻痹等客观性神经系统后遗症? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																																									
6.	初诊	2 0 / / 年 / 月 / 日	前一次就诊医院或介绍医院 <input type="checkbox"/> 有 [医疗机构名] <input type="checkbox"/> 无	[诊疗机构] 年 / 月 ~ 年 / 月																																							
	治疗期间 住院期间	第1次 2 0 / / 年 / 月 / 日 ~ 2 0 / / 年 / 月 / 日	<input type="checkbox"/> 出院(含转院) <input type="checkbox"/> 死亡出院 <input type="checkbox"/> 住院中 <input type="checkbox"/> 转科																																								
		第2次 2 0 / / 年 / 月 / 日 ~ 2 0 / / 年 / 月 / 日	<input type="checkbox"/> 出院(含转院) <input type="checkbox"/> 死亡出院 <input type="checkbox"/> 住院中 <input type="checkbox"/> 转科																																								
如果有第3次及更多次住院, 请填写“住院日期”、“出院日期”。(如果是住院中状态, 请备注“目前住院中”。)																																											
7.	针对上述第2项伤病实施的手术(含持续引流、乙醇注射疗法、腹腔灌注。)																																										
手术	手术名	第1次	手术日期	年 / 月 / 日																																							
		第2次		年 / 月 / 日																																							
	备注	如果有第3次及更多次手术 请填写手术名、手术日。																																									
8.	放射治疗	照射内容	总剂量 <input type="text"/> Gy <input type="text"/> Bq	期间 2 0 / / 年 / 月 / 日 ~ 2 0 / / 年 / 月 / 日																																							
9.	门诊治疗	请在上述两项伤病出院后的门诊治疗日上划○。(含医生上门诊治日, 门诊预定日除外。)																																									
		年 / 月 / 日	合计	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	合计	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	合计	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	合计	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																																						
10.	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○。 <input type="checkbox"/> 不能																																									
上述情况属实, 特此证明。 医院或诊疗所的		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○。 <input type="checkbox"/> 三级医院 <input type="checkbox"/> 二级医院 <input type="checkbox"/> 一级医院 <input type="checkbox"/> 未定级·其他 证明日期: 年 / 月 / 日 (签名) _____																																								

原件的副本或复印件上也请签名。

日本生命保险相互会社

# 诊断书填写要求

第3~5项和第7项的信息对正确支付保险金和赔付金尤为重要。  
如果您实施过手术或属于恶性新生物、上皮内新生物、急性心肌梗塞（不含心绞痛。）、脑卒中，烦请填写上述全部项目。

## 填写范例

**住院/手术等诊断书(证明书)**  
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

病历卡编号: a 3 3 3 4 1 0 0 1 1 a

1. 姓名	日生 花子	性别	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	出生日期	2023 / 01 / 01
(a) 恶性新生物/上皮内新生物	转移性脑瘤	发病发生日期(受伤/发病日期)	2023 / 3 / 1	受伤的情况	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 关节脱臼 <input type="checkbox"/> 肌腱断裂
(b) 如果原因已查明	乳腺癌	发病发生日期(受伤/发病日期)	不详		
(c) 在本次住院前同时进行的诊断	心肌梗塞	发病发生日期(受伤/发病日期)	2023 / 5 / 28		
3. 是否为恶性新生物/上皮内新生物	在本次伤病以前, 是否有恶性新生物/上皮内新生物既往史? <input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 [病名] 胃癌 [诊断时间] 2000 年 5 月第 5 期后				
确诊日期	2023 / 4 / 17	有无向本人告知恶性	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无	如果“有”, 告知日期	2023 / 4 / 20
病理组织诊断	病理组织诊断名	乳腺癌	浸润癌	eTNM分类 T(2) N(1) M(1)	
	选择	方法	结果概述	此前的治疗	今后的治疗方针
4. 急性心肌梗塞的情况	急性心肌梗塞发病, 从首次确诊日起60天(含当日)以上, 是否一直处于需要限制活动的状态(可以进行轻松家务等轻度劳动或办公等坐着的工作, 但需限制更高度度的活动)? <input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否				
5. 脑卒中的情况	脑卒中发病, 从首次确诊日起60天(含当日)以上, 是否一直存在语言障碍、共济失调、麻痹等急性神经系统后遗症? <input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否				
6. 初诊	初诊	2023 / 04 / 01			
	治疗期间	第一次就诊	2023 / 03 / 01 ~ 2023 / 06 / 01		
		第二次	2023 / 07 / 01 ~ 2023 / 08 / 10		
7. 针对上述第2项伤病实施的手术(含持续引流、乙醇注射疗法、腹腔灌注。)	手术名	手术日期	2023 / 4 / 10		
	第一次 颅内肿瘤切除术	2023 / 4 / 10			
	第二次 脑积水手术(分流手术)	2023 / 7 / 10			
	备注	如果有第3次及更多次手术, 请填写手术名、手术日。 经皮冠状动脉成形术 2023年9月23日			
放射治疗	照射内容	脑	照射期间	2023 / 07 / 02 ~ 2023 / 07 / 02	
8. 门诊治疗	请在上述两伤病出院后的门诊治疗日上划○。(含医生上门诊疗日, 门诊预定日除外。)				
	年/月	2023/ 6	合计	2 日	
	年/月	2023/ 8	合计	3 日	
	年/月	2023/ 9	合计	1 日	
	年/月	/	合计	0 日	
9. 意见能力	如果不能理解申请领取保险金和赔付金的含义, 请划○。 <input checked="" type="radio"/> 不能 <input type="radio"/> 能				
10. 医院或诊疗所	医院名	请在适用的项目上划○。 <input checked="" type="radio"/> 一级医院 <input type="radio"/> 二级医院 <input type="radio"/> 三级医院 <input type="radio"/> 未定级·其他			
	地址	证明日期: 年 2023 / 月 10 / 日 10			
	诊疗科	(签名) 生保 太郎			
	电话号码	医生的副本或复印件上也请签名。			
	医生姓名	日本生命保険相互会社			
	国家	日本			

- A 对于急性心肌梗塞、心绞痛, 如在实施心电图检查的基础上进行了诊断, 请填写。
- B 对于脑卒中、脑动脉瘤、短暂性脑缺血发作, 如在实施影像检查的基础上进行了诊断, 请填写。
- C 请在(C)栏填写需要住院治疗的伤病名等。
- D 如果伤病发生日期(受伤/发病日期)不明, 请在 [ ] 的部分填写“不详”。
- E 如果导致治疗/住院等的主要伤病名为受伤, 请填写受伤原因(交通事故、跌落事故等)。
- F 如果第2项的伤病为受伤, 请在相应的项目上划○。
- G 如果伤病名为恶性新生物/上皮内新生物, 必须填写此栏。请在确诊日一栏中填写本次恶性新生物/上皮内新生物的确诊日。
- H 如未实施病理组织诊断, 请填写其他确诊方法。(遇此情况, 请填写写病理组织诊断以外检查的确诊日。)
- I 请填写有无告知患者本人恶性病名。(如已告知本人, 请填写告知日。)
- J 请在初诊日一栏中填写在贵院针对第2项(a)伤病名的最初诊疗日。(含在贵院其他科的诊疗。)
- K 请在您所知的范围内填写医疗机构名、诊疗期间等信息。
- L 填写总剂量时, 还请在相应的单位上划○。照射期间是否多项, 请在第7项备注栏中填写照射内容、总剂量、照射期间。
- M 如果出院后需要在贵院门诊治疗, 请填写。(门诊预定日除外。)
- N 请务必填写各月的“合计天数”。
- O 符合以下情况时, 请划○。  
• 不能理解申请领取保险金和赔付金的含义

## ❧ 诊断书各项目的说明 ❧

项目		说明注意点	
2	导致治疗/住院等的主要伤病名	导致治疗/住院等的主要伤病名是判断可否支付保险金和赔付金所需的必要信息。 如果不是导致治疗/住院等的主要伤病名，请填写“在本次住院的同时进行治疗的(a)(b)以外的伤病名/并发症”。※如因受伤而接受“骨折”、“关节脱臼”、“肌腱断裂”中的任一项治疗但未住院，也请在此栏中填写伤病名。(例：右臂骨折等)	
	如果原因已查明，填写相应伤病名等	如果有导致治疗/住院等主要伤病之原因的的伤病，请填写。 此外，如为受伤，请填写受伤原因(交通事故、跌落事故等)。	
	在本次住院的同时进行治疗的(a)(b)以外的伤病名/并发症	请填写住院中并发的伤病/并发症，并写明其中需要住院治疗的伤病。	
	伤病发生日期	合同(特别条款)规定，赔付对象为保险合同开始承保后发生的伤病等原因产生的住院/手术等费用。 请填写您所知的伤病发生日期(例如受伤，请填写受伤日)。	
	骨折/关节脱臼/肌腱断裂	合同(特别条款)规定受伤导致的“骨折”、“关节脱臼”、“肌腱断裂”中任一项治疗为赔付对象，故请在适用的项目上划○。 “骨折”……含不完全骨折。病理性骨折、特发性骨折、软骨骨折除外。 “关节脱臼”…先天性、反复性、习惯性脱臼除外。且不含半月板损伤、断裂。 “肌腱断裂”…病理性除外。不含韧带断裂、损伤。	
3	恶性新生物/上皮内新生物		
	恶性新生物/上皮内新生物的既往史	合同(特别条款)规定，保险合同开始承保后一生中首次患恶性肿瘤、上皮内新生物的情形为赔付对象。 如果在本次治疗的恶性新生物/上皮内新生物患病以前有过恶性新生物/上皮内新生物患病，请在“是”上划○，并填写病名和诊断时间。如无，请在“否”上划○。	
	确诊日	请填写活检或手术标本等任一项首次病理组织确诊日。请注意不是活检日和手术日。(如未实施病理组织诊断，请填写病理组织诊断以外的检查确诊日。)	
	类别 (原发/复发/转移)	原发灶手术与转移、复发灶手术的赔付金额可能不同，因此请在本次恶性新生物/上皮内新生物的适用项目上划○。	
	cTNM分类 浸润癌 非浸润癌 原位癌	在保障恶性肿瘤患病的合同(特别条款)中，合同(特别条款)规定皮肤癌(恶性黑色素瘤除外)、原位癌、非浸润癌不属于赔付对象，因此请填写病理组织诊断前的cTNM分类。另外，对于浸润癌、非浸润癌、原位癌，请填写病理组织诊断后的名称。	
	无病理组织诊断	如无病理组织诊断，请填写确诊方法和结果概述。另外，请填写此前的治疗内容和今后的治疗方针。	
4・5	急性心肌梗塞/卒中	合同(特别条款)规定，左述疾病导致工作受限和后遗症持续超出一定时间的情形为赔付对象。	
6	住院期间	第3次及更多次住院	是否第3次及更多次住院，请填写“住院日”“出院日”。 另外，如在住院中，请备注“目前住院中”。 [例] ・住院 2023年4月1日～出院 2023年5月1日 ・住院 2023年4月1日～2023年5月1日(目前住院中) 此外，如为多次住院，此栏内无法全部填写时，可填写在附页中。 (遇此情况，请在此栏内填写“见附页”，附页也请盖证明章。)
		治疗结果 <出院(含转院)/住院中/死亡出院/转科>	合同(特别条款)规定，住院一定时间后生存出院的情形为赔付对象。 关于治疗结果<出院(含转院)/住院中/死亡出院/转科>，请务必在适用的项目上划○。
8	放射治疗	放射治疗根据放射期间可能为手术赔付金的赔付对象。 此外，伽马刀、射波刀等也请填写此项。	
9	门诊治疗	合同(特别条款)规定，出院日起120天内进行门诊治疗的情形为赔付对象。 如果存在出院后因导致住院的伤病在贵院进行门诊治疗的情形，请填写。(门诊预定日除外。) 另外，还请务必填写各月门诊治疗的合计天数。	