

# 診断書(所定用紙)を提出する場合(医師が記入)

ガンを含む成人病による請求、先進医療による請求、女性医療特約による請求、休業保障特約による請求の場合は、必ず提出してください。(コピーは不可。原本を提出してください。)

診断書は給付の判断の重要な根拠となりますので、必ず所定の用紙を使用してください。簡易な診断書では、給付の判断ができない場合があります。

①	日帰り入院として認定されるためには、入院期間の欄に記載されていることが必要です。
②	休業保障特約給付金を請求する場合は、医師による「医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間」の記載に基づき、支払日数を算出します。 ※入院期間と就業が全く不可能と思われる期間が全く一緒の場合、休業保障特約給付金はお支払いできません。
③	ガン(悪性新生物)の場合は、診断書に必要な事項を追記してもらってください。 (なお、ガン診断給付金は、入院給付金や手術給付金の請求に先立って請求することも可能です。)

※病名が成人病、女性特約に該当するのかは、P23～P28でご確認ください。

## 診断書(治療証明書)

ご返送 医療機関提出用 ※医療機関へこのままご提出ください。

UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険株式会社 宛

1. 氏名	フリガナ	カルテ番号	(男) (女)	生年月日	年 月 日
2. 傷病名	ア. 入院・手術・検査不備の原因	ICD-10( )	ICD-O-3( )	症状出現または検査指摘時期	
	イ. 上記ア.の原因			年 月 日 (頃)	(医師推定) (患者申告)
	ウ. 合併症 併存疾患	入院の必要性: (無) (有) 必要な期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 (頃)
3. 新生物(悪性腫瘍を含む)の場合	ア. 告知	(本人) (家族) 年 月 日頃 病名( )		エ. (上記ア.の傷病名が厚生労働省指定の特定疾患の場合) 診断確定日	年 月 日
	イ. 診断確定日	年 月 日	工. 該当区分	【再発・転移の場合】治療によりがんが認められなかった期間	(再発) (再発) (再発) (転移)
	ウ. 状態	(治療中) (経過観察中(寛解状態)) (治癒)	カ. 大腸がんの場合	深達度:	(有) (年 月 日 ~ 年 月 日) (無)
	エ. 予後	(上皮内新生物(上皮内癌・非浸潤癌)) (それ以外)		S/	SM以深
	オ. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果	検査項目	検査結果	TNM分類	
病理組織学的検査			T( ) N( ) M( )		
細胞学的検査			ステージ分類		
			I・II・III・IV		
			I・Vの場合の判断根拠		
			UICC( ) (その他) ( )		
4. 既往症	ア. 悪性新生物	(有) (無) 傷病名:	医療機関名	治療期間	年 月 日
	イ. 上記以外	(有) (無) 傷病名:	医療機関名	治療期間	年 月 日
5. 前医・紹介医	(有) (無) 医療機関名:	初診日	年 月 日	入院手術が決定した日	年 月 日
6. 診療機関	初診日	年 月 日	入院手術が決定した日	年 月 日	
	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	
7. 入院期間	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	
※3回目以降の入院がある場合は、以下にご記入ください。					
○腫瘍・胸腺ドレナージ、ステント交換術、ホド留置等を含みます。 ○一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数数値で手術料が1回のみ算定する手術は、同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。 1. 開胸術 2. 胸腔鏡 3. 開胸術(開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. 経腹道 8. 経経路 9. ファイバースコープまたはカテテルによる治療 10. レーザーによる手術 11. 衝撃波 12. その他( )					
8. 手術	種類コード	手術名	手術日	左右の別	骨・関節に対する治療の場合 骨・関節に 対する治療 の範囲 を 示す 欄に 「左」「右」 を 記入 する こと を 要 す。 骨・関節に 対する治療 の場合 の範囲 を 示す 欄に 「左」「右」 を 記入 する こと を 要 す。
	K-		年 月 日	左 右	骨・関節に 対する治療 の場合 の範囲 を 示す 欄に 「左」「右」 を 記入 する こと を 要 す。
	K-		年 月 日	左 右	骨・関節に 対する治療 の場合 の範囲 を 示す 欄に 「左」「右」 を 記入 する こと を 要 す。
※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分・手術種類・手術内容・手術日等をご記入ください。					
9. 乳房手術の場合	「皮膚を切開し、病変部を切除した手術」に該当しますか? (はい) (いいえ)				
10. 放射線治療および通院療法	区分コード	治療内容	実施期間	総重量	状況
(アイントープ含む)			年 月 日	Gy	照射予定(照射中) 完了
11. 抗悪性腫瘍剤	治療内容(薬剤名)	開始	年 月 日		
12. 先進医療	(有) (無)	技術名	実施日	技術料	円
			年 月 日		円
13. 癌患者申出療養制度	(有) (無)	種類	実施日	年 月 日	円
			年 月 日 (回)		円
14. 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間	年 月 日 ~ 年 月 日				

上記の通り証明します。 証明日 年 月 日

医療機関 病院(診療所)所在地

病院(診療所)名称・診療科

電話番号

医師名

印

事故の報告と給付金の請求方法と記入例