

SOMPOひまわり生命保険株式会社 行

リビングニーズ・ターミナルケア専用診断書

- 各項目をもれなくご記入いただきますようお願いいたします。
- 余命判断の参考になるとお考えになる事実につきましては、なるべく詳細かつ具体的にご記入くださいますようお願いいたします。

1. 氏名・性別	カルテ番号 () 男 ・ 女		生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日
2. 傷 病 名							
3. 上記2の原因							
4. 発病（受傷）日	(どちらかを○で囲んでください。) 年 月 日 医師推定・患者申告						
5. 治療期間	初診		年	月	日	～	終診
	入院		年	月	日	～	退院
6. 前医又は紹介医	有・無	医療機関名	その所在地				
7. 発病（受傷）から初診までの経緯（いつからどのような症状があったかご記入ください。）							
8. 初診時の所見							
9. これまでの治療内容、診断書証明日時点の状態、診断書証明日以降の治療方針							
(1) これまでの治療内容							
・ 検査結果（検査日、主病巣の部位、大きさ、病理組織診断も記入してください。）							
・ 治療内容とその効果（臓器不全などの全身状態、投薬種類、投薬量などについて具体的に記入してください。）							
(2) 診断書証明日時点の状態							
・ 日常生活動作状態（ADL）、疼痛等							
(3) 診断書証明日以降の治療方針							
・ 今後の治療方針と期待される効果							

※ 悪性新生物の場合は以下につきましてもご回答ください。

(4) 病理組織診断病名（Gradeなど）、診断確定日

(5) 進行度（TNM分類など）、血液データ、画像所見（CT、MRIなど）

(6) 遠隔転移の有無（有の場合は、部位を含めその詳細）

(7) 疼痛緩和療法の有無（有の場合は、その内容）

10. 手術・処置 ※「時節ドレーン」等の処置もご記入ください。	① 開頭 ② 穿頭術（新たな穿頭による） ③ 穿頭術（既存の穿頭穴を使用） ④ 開胸術 ⑤ 胸腔鏡下 ⑥ 開腹術 ⑦ 腹腔鏡下 ⑧ 経皮的（穿刺処置除く） ⑨ 経尿道的 ⑩ 経膈的 ⑪ 眼科レーザー ⑫ カテーテルによる手術 ⑬ 膀胱鏡 ⑭ 子宮鏡 ⑮ 喉頭直達鏡下 ⑯ その他の内視鏡（ ） ⑰ その他（ ） ―― 上記 ①～⑰ から選択し、記入してください。		手術の内容							
	手術種類	手術名	手術部位	手術日	骨・関節に対する手術の場合	手指・足指に対する手術の場合、MP関節より	筋・腱・靱帯へ操作が	血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在	植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積	水頭症に対するシャント手術の場合
	(1)		① 右 ② 左 ③ 両側	年 月 日	① 観 血 ② 非観血	① 中 枢 ② 関節上 ③ 末 梢	① 及 ぶ ② 及ばない	① 上・大・中・小 ② 四肢以外 ③ 未 満	① 25cm以上 ② 25cm未満	VP VA LP
	診療点数区分コード（K・J - ）		① 右 ② 左 ③ 両側	年 月 日	① 観 血 ② 非観血	① 中 枢 ② 関節上 ③ 末 梢	① 及 ぶ ② 及ばない	① 上・大・中・小 ② 四肢以外 ③ 未 満	① 25cm以上 ② 25cm未満	VP VA LP
	(2)		① 右 ② 左 ③ 両側	年 月 日	① 観 血 ② 非観血	① 中 枢 ② 関節上 ③ 末 梢	① 及 ぶ ② 及ばない	① 上・大・中・小 ② 四肢以外 ③ 未 満	① 25cm以上 ② 25cm未満	VP VA LP
11. 放射線照射 ※内照射も含みます。	療法名 または 照射部位	(M -)	期間	開始 年 月 日 終了 年 月 日	総線量	グレイ B q m c i				
12. 既 往 症	有・無									
13. 病名を告 げた時期	有	本人には（ 年 月 日）に病名を（ ）と告げた。								
	無	家族（ ）には（ 年 月 日）に病名を（ ）と告げた。								
14. 余命判断 に関する 事項	①日本で一般に認められた医療による治療をおこなった場合でも患者の余命が6か月以内であることが、お支払要件の1つです。 本患者はこの要件を満たしていると思われますか。（いずれかを○で囲んでください。） は い いいえ どちらともいえない									
	②そのように判断した（主な）理由									
	③患者の余命が6か月以内であると判断した時期		年 月 日							
	④余命告知の有無と時期		有 無	本人には（ 年 月 日）に余命が（ ）か月と告げた。						
		有 無	家族（ ）には（ 年 月 日）に余命が（ ）か月と告げた。							
病院（診療所）名・診療科				以上のとおり証明（診断）いたします。 年 月 日				当診断書料金		
所在地				医師名				金 円		
電話番号				印				※税込		