

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 ( )		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 年月日	(どちらかを○で囲んでください。 医師推定・患者申告)			
5. 治療期間 初診 年月日～終診 年月日 (年月日現在加療中)				
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 ※「持続ドレナージ」等の処置もご記入ください。	手術の内容				
	骨・関節 に対する 手術の 場合、 M.P.関 節より	手指・ 足指に 対する 手術の 場合、 筋・腱・ 靭帯へ 操作が 場合、 病変の 局在	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	
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経腫的 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。				
	↓ 手術種類 手術名 手術部位 手術日				
(1) 診療点数区分コード(K・J -) (3)両側	①右 ②左 ③両側	①観血 ②非観血 ③末梢	①中枢 ②関節上 ③末梢 ④及ばない	①横・大脛 ②四肢以外 ③25cm未満 ④25cm以上 ⑤未満 ⑥VP ⑦VA ⑧LP	
	(2) 診療点数区分コード(K・J -) (3)両側				
11. 放射線照射 ※内照射も含みます。 (M -)	療法名 または 照射部位	期間	開始年月日 終了年月日	総線量 グレイ Bq mCi	
12. 既往症 有・無					
13. 病名を告げた時期 有・無	本人には(年月日)に病名を( )と告げた。 家族( )には(年月日)に病名を( )と告げた。				
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					
14. 余命判断に関する事項	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 ④余命告知の有無と時期				
	年月日				
	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 所在地 電話番号					
以上とのおり証明(診断)いたします。年月日					
当診断書料金 金円 ※税込					
印					