

死亡証明書

SOMPOひまわり生命

死亡証明書をご記入いただくにあたってのお願い

ご担当の先生へ 以下の記入上の留意点をご確認いただき、記入をお願いいたします。なお、入院・手術等の治療を行っている場合は、右面をご確認ください。

項目	記入上の留意点																					
4 死亡したとき	●死亡した日時を記入してください。 (不明な部分がある場合は、お分かりになる範囲で記入してください。)																					
5 死亡したところおよびその種別	●「死亡したところの種別」欄のいずれかを○で囲み、その住所(ところ)を「死亡したところ」欄に記入してください。 ●種別が1～5の施設の場合は、「種別1～5の施設の名称」欄に施設名を記入してください。 ●種別が1～6以外の場合は、「7 その他」に記入してください。																					
6 死亡原因	●Ⅰ欄には、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番に記入してください。 ●Ⅱ欄には、直接死因に関係していないが、Ⅰ欄の傷病等の経過に影響を及ぼした傷病名等があれば記入してください。 ●「発病(発症)または受傷から死亡までの期間」には、Ⅰ欄の(ア)～(エ)欄及びⅡ欄にご記入された傷病名等について、それぞれ発病(発症)または受傷から死亡までの期間を記入してください。																					
7 解剖	●解剖を実施した場合は、「有」を○で囲み、「死亡原因」欄の傷病名等に関連のある解剖の主要所見(病変の部位、性状、広がり等)を記入してください。																					
8 死因の種類	<p>●死因の種類として該当するものを一つ○で囲んでください。自殺の場合は、手段の如何によらず「8 自殺」を○で囲んでください。内因と外因が重複している場合は、最も死亡に近い原因から、医学的因果関係のある限りさかのぼって内因か外因かで該当するものを○で囲んでください。</p> <p>●死因の種類が「外因死」の場合は、9項「外因死の追加事項」欄にその状況を必ず記入してください。</p> <p>●「1 病死及び自然死」の場合でも、外因が重大な影響を及ぼしている場合には、6項「死亡原因」欄中のⅡ欄および9項「外因死の追加事項」欄に外因の状況等を可能な限り具体的に記入してください。</p> <p style="text-align: center;"><参考：死因の種類>「厚生労働省 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 令和7年度版」より一部抜粋</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">内因死</div> </td> <td style="width: 10%; vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">1 病死及び自然死</div> </td> <td style="width: 80%;"> ・・・・ 疾病による死亡及び老齢、老化による自然死 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">2 交通事故</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">3 転倒・転落</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> ・・・・ 運転者、同乗者、歩行者のいずれかを問わず、交通機関(自動車、自転車、鉄道、船、航空機等)の関与による死亡 ・・・・ 同一平面上での転倒又は階段・ステップ・建物等からの転落による死亡 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">4 溺水</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">5 煙・火災及び火傷による傷害</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> ・・・・ 溺水による死亡をいい、海洋、河川、池、プール、浴槽等の場所は問わないただし、水上交通機関によるものは「交通事故」に分類する ・・・・ 火災による死亡(火傷、熱傷、一酸化炭素中毒、窒息等すべて)及び火焰による火傷での死亡 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">外因死</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">6 窒息</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> ・・・・ 頸部や胸部の圧迫、気道閉塞、気道内異物等による窒息死 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">7 中毒</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">8 自殺</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> ・・・・ 薬物又はその他の有害物質への接触、吸入、服用、注射等による死亡 ・・・・ 死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">9 他殺</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">10 その他</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> ・・・・ 他人の加害による死亡で手段、方法を問わない ・・・・ 異常な温度環境への曝露(熱射病、凍死)、潜函病、感電、機械による事故、落下物による事故、落雷、地震等、または刑の執行、戦争行為による死亡 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">その他</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">11 不詳の死</div> </td> <td style="vertical-align: top;"> ・・・・ 病死及び自然死か外因死か不詳の場合 </td> </tr> </table>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">内因死</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">1 病死及び自然死</div>	・・・・ 疾病による死亡及び老齢、老化による自然死	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">2 交通事故</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">3 転倒・転落</div>	・・・・ 運転者、同乗者、歩行者のいずれかを問わず、交通機関(自動車、自転車、鉄道、船、航空機等)の関与による死亡 ・・・・ 同一平面上での転倒又は階段・ステップ・建物等からの転落による死亡	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">4 溺水</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">5 煙・火災及び火傷による傷害</div>	・・・・ 溺水による死亡をいい、海洋、河川、池、プール、浴槽等の場所は問わないただし、水上交通機関によるものは「交通事故」に分類する ・・・・ 火災による死亡(火傷、熱傷、一酸化炭素中毒、窒息等すべて)及び火焰による火傷での死亡	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">外因死</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">6 窒息</div>	・・・・ 頸部や胸部の圧迫、気道閉塞、気道内異物等による窒息死	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">7 中毒</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">8 自殺</div>	・・・・ 薬物又はその他の有害物質への接触、吸入、服用、注射等による死亡 ・・・・ 死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">9 他殺</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">10 その他</div>	・・・・ 他人の加害による死亡で手段、方法を問わない ・・・・ 異常な温度環境への曝露(熱射病、凍死)、潜函病、感電、機械による事故、落下物による事故、落雷、地震等、または刑の執行、戦争行為による死亡	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">その他</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">11 不詳の死</div>	・・・・ 病死及び自然死か外因死か不詳の場合
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">内因死</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">1 病死及び自然死</div>	・・・・ 疾病による死亡及び老齢、老化による自然死																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">2 交通事故</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">3 転倒・転落</div>	・・・・ 運転者、同乗者、歩行者のいずれかを問わず、交通機関(自動車、自転車、鉄道、船、航空機等)の関与による死亡 ・・・・ 同一平面上での転倒又は階段・ステップ・建物等からの転落による死亡																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">4 溺水</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">5 煙・火災及び火傷による傷害</div>	・・・・ 溺水による死亡をいい、海洋、河川、池、プール、浴槽等の場所は問わないただし、水上交通機関によるものは「交通事故」に分類する ・・・・ 火災による死亡(火傷、熱傷、一酸化炭素中毒、窒息等すべて)及び火焰による火傷での死亡																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">外因死</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">6 窒息</div>	・・・・ 頸部や胸部の圧迫、気道閉塞、気道内異物等による窒息死																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">7 中毒</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">8 自殺</div>	・・・・ 薬物又はその他の有害物質への接触、吸入、服用、注射等による死亡 ・・・・ 死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">9 他殺</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">10 その他</div>	・・・・ 他人の加害による死亡で手段、方法を問わない ・・・・ 異常な温度環境への曝露(熱射病、凍死)、潜函病、感電、機械による事故、落下物による事故、落雷、地震等、または刑の執行、戦争行為による死亡																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">その他</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">11 不詳の死</div>	・・・・ 病死及び自然死か外因死か不詳の場合																				
9 外因死の追加事項	<p>●8項「死因の種類」欄で2～10に該当する場合に記入してください。なお、「1 病死及び自然死」の場合でも6項「死亡原因」欄に外因の状況等を記入した場合は、この項目も記入してください。</p> <p>●「傷害が発生したとき」欄について、発生時期が明確でない場合は、推定時刻を記入してください。</p> <p>●「傷害が発生したところの種別」欄について、住居、工場及び建築現場、道路の場合は、1～3の該当する番号を○で囲んでください。それ以外の場合は、4を○で囲み、()に具体的に記入してください。</p> <p>●「手段および状況」欄について、その傷害がどのような状況で起こったかを可能な限り具体的に記入してください。</p> <p style="text-align: center;">例)国道で普通乗用車を運転中、4tトラックと衝突</p>																					
10 前医・紹介医	●前医または紹介医があれば、記入してください。ない場合は「無」に○を記入してください。																					
11 その他	●本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖等、その他特に付言すべき事柄があれば記入してください。																					
12 死亡診断(死体検案)日	●死亡診断日または死体検案日を記入してください。																					

<入院・手術等に関する証明欄>について

入院・手術等の治療を行っている場合は、以下の記入上の留意点をご確認いただき、記入をお願いいたします。

項目	記入上の留意点																							
13 入院・手術等の原因(契機)となった傷病	●原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 ●原因となった傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)と傷病の発生日月日をご記入いただく項目です。																							
14 13の原因	●13の原因となった傷病や事故(交通事故・転落等)があれば記入してください。 ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。																							
15 13、14以外の傷病	●該当する傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。																							
16 13の初診日	●貴院における13の傷病に関する最初の診察日を記入してください。 ●貴院他科での診察を含めて記入してください。																							
17 入院期間	<p>●「医療保険届出病床」とは、医療法の規定に基づき許可を受けた病床の登録があることを指します。</p> <p>●入院期間(1)～(3)および「4回目以降」は、入院料を算定した期間を記入してください。</p> <p>●入院が1日の場合は、入院日と退院日に同日を記入してください。</p> <p>●「退院」「死亡退院」のいずれかに☒を記入してください。</p> <p>●公的医療保険が適用されない入院がある場合は、「自費(妊娠・分娩含む)・労災・自賠責・介護保険・その他」のいずれかに☒を記入してください。「その他」の場合は、具体的な理由を記入してください。</p>																							
18 手術・処置	<p>●診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血術」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。(ただし、診断・検査のみを目的とする手術は除きます。)</p> <p>●診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日を記入してください。</p> <p style="text-align: center;">例)網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術 など</p> <p>●コードの記入方法は、例) 718 - 00 (2)</p>																							
	<p>●「K」か「J」のいずれかに○を記入してください。</p> <p>●「手術種類」には、以下別表より該当する手術の術式の番号を記入してください。</p> <p>●「手術の内容」には、以下別表よりa～fの項目のうち該当する項目に番号を記入してください。</p> <p>【別表】</p> <p>●手術種類</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>①開頭術</td> <td>②穿頭術(新たな穿頭による)</td> <td>③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)</td> <td>④開胸術</td> <td>⑤胸腔鏡</td> <td>⑥開腹術</td> </tr> <tr> <td>⑦腹腔鏡</td> <td>⑧経皮的(穿刺処置除く)</td> <td>⑨経尿道的</td> <td>⑩経膈的</td> <td>⑪眼科レーザー</td> <td>⑫カテーテルによる手術</td> </tr> <tr> <td>⑬膀胱鏡</td> <td>⑭子宮鏡</td> <td>⑮喉頭直達鏡</td> <td>⑯その他の内視鏡</td> <td>⑰その他</td> <td></td> </tr> </table> <p>●手術の内容</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;"> a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血 </td> <td style="width: 50%;"> b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢 </td> </tr> <tr> <td> c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない </td> <td> d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側) </td> </tr> <tr> <td> e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm以上 ②25cm未満 </td> <td> f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP </td> </tr> </table>	①開頭術	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	⑥開腹術	⑦腹腔鏡	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	⑯その他の内視鏡	⑰その他		a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢	c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)	e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm以上 ②25cm未満
①開頭術	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	⑥開腹術																			
⑦腹腔鏡	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	⑯その他の内視鏡	⑰その他																				
a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢																							
c. 筋・腱・靭帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)																							
e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm以上 ②25cm未満	f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP																							
19 放射線・温熱療法	●照射中の場合は、療法名、期間、部位、総線量などを照射済みの範囲で記入してください。 ●「グレイ」、「B q」、「m c i」のいずれかに○を記入してください。																							
20 経過	●20項をご記入いただく際に、入院加療の必要があった傷病、前医・紹介医、手術など、 <u>所定の項目があるものについては、必ず所定の項目にも記入してください。</u>																							
21 先進医療	<p>●公的医療保険制度に基づく評価療養のうち、厚生労働大臣が定める先進医療(先進医療ごとに厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所において行われるものに限る)のことをいいます。</p> <p>●実施回数が複数回の場合は、技術料を分けて記入してください。</p> <p>●療養を受けた日現在に、公的医療保険制度に定められる「療養の給付」に関する規定において給付対象となっている療養は除きます。</p>																							
22 病理組織学的検査	●病理組織学的検査の実施有無を記入してください。検査有の場合、病理組織診断名、診断確定日を記入してください。																							
23 悪性新生物または上皮内新生物の場合	<p>医師による悪性診断確定日</p> <p>●病理組織学的所見(剖検、生検)、細胞学的所見(×線、内視鏡等)、臨床学的所見および手術所見より悪性新生物または上皮内新生物と診断確定した日付を記入してください。</p>																							
	<p>左記診断に係る検査</p> <p>●悪性診断確定にあたり実施した検査に☒を記入してください。 ●「その他」の場合は、具体的な検査内容を記入してください。</p>																							
	<p>悪性新生物の性状</p> <p>●該当する項目に☒を記入してください。</p>																							
	<p>子宮頸部高度異形成の診断確定日</p> <p>●診断確定日を記入してください。</p>																							
	<p>悪性新生物の区分</p> <p>●該当する項目に☒を記入してください。 ●手術をされている場合は、病理組織診断判明後のTNM分類を記入してください。</p>																							
<p>病名告知</p> <p>●患者ご本人への病名告知がある場合は、告知日と告知した病名を記入してください。 ●悪性新生物または上皮内新生物の場合は必ずご記入ください。</p>																								
<p>抗がん剤治療 ホルモン療法</p> <p>●抗がん剤治療、ホルモン療法の実施日(服薬の場合は投薬(処方)期間、注射・点滴等の場合は投与日)を記入してください。なお、同月に複数回の投与がある場合は、その月の最初の投与日を記入してください。</p> <p><参考></p> <p>・抗がん剤とは、抗がん剤治療を受けた時点において、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうち、L01(抗悪性腫瘍薬)、L02(内分泌療法)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される薬剤をいいます。</p> <p>・患者申出療養とは、厚生労働大臣が定める患者申出療養(厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所であって、当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められたものにおいて行われるものに限ります。)をいいます。ただし、抗がん剤治療を受けた日現在で公的医療保険制度の給付対象となっている抗がん剤治療は除きます。</p> <p>・がんを適応症として厚生労働大臣により承認されている抗がん剤とは、厚生労働大臣による製造販売の承認時に、被保険者が診断確定されたがんの治療に対する効能または効果が認められたものに限ります。</p> <p>・欧米で承認された抗がん剤とは、抗がん剤治療を受けた時点において、米国または欧州において承認されたものであり、かつ、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうちL01(抗悪性腫瘍薬)、L02(内分泌療法)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される薬剤をいいます。</p>																								
24 通院	●今回の治療にともなう貴院の通院日(往診日を含む)にもれなく○を記入してください。 ●治療のともなわない薬剤の購入、受取のみの通院や通院予定日は含みません。																							

死亡証明書

医師・医療機関記入用		カルテ番号()		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		生年月日		昭和(平成/令和)		年 月 日	
1. 氏名											
2. 住所											
3. 職業											
4. 死亡したとき		年 月 日 <input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 時 分									
5. 死亡したところおよびその種別	死亡したところの種別	該当する種別を○で囲んでください。 ① 病院 ② 診療所 ③ 介護老人保健施設 ④ 助産所 ⑤ 老人ホーム ⑥ 自宅 ⑦ その他()									
	死亡したところ										
	種別1~5の施設の名称										
6. 死亡原因	I	ア) 直接死因	発病(発症)または受傷から死亡までの期間								
		イ) アの原因									
		ウ) イの原因									
		エ) ウの原因									
	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等									
7. 解剖		<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 主要所見()									
8. 死因の種類		該当する死因を○で囲んでください。 (内因死) ① 病死及び自然死 (外因死) ② 交通事故 ③ 転倒・転落 ④ 溺水 ⑤ 煙、火災及び火焰による傷害 ⑥ 窒息 ⑦ 中毒 ⑧ 自殺 ⑨ 他殺 ⑩ その他 (その他) ⑪ 不詳の死									
9. 外因死の追加事項	傷害が発生したとき	年 月 日 <input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 時 分 ① 従業中 ② 従業中でないとき ③ 不明									
	傷害が発生したところの種別	① 住居 ② 工場および建築現場 ③ 道路 ④ その他()									
	傷害が発生したところ	都道府県		市郡			区町村				
10. 前医・紹介医		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 傷病名: 治療期間: 年 月 日~ 年 月 日 医療機関名:									
11. その他		本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖等、その他特に付言すべき事柄がありましたらご記入ください。									
12. 死亡診断(死体検案)日		死亡診断(死体検案)日をご記入ください。 年 月 日									

【お願い】訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印願います。

(25120027)860237-2600 (26.04)

<入院・手術等に関する証明欄>

13. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病	入院・手術等の原因(契機)となった傷病名をご記入ください。 傷病発生年月日(受傷年月日)をご記入ください。 年 月 日																																
14. 13の原因	13の原因となった傷病名や事故をご記入ください。 傷病発生年月日(受傷年月日)をご記入ください。 年 月 日																																
15. 13,14以外の傷病	13,14以外の入院加療の必要があった傷病(合併症を含む)があればご記入ください。 傷病発生年月日(受傷年月日)をご記入ください。 年 月 日																																
16. 13の初診日	年 月 日																																
17. 入院期間	医療保険届出病床での入院	(1) 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院				(2) 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院																											
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(3) 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院				(4回目以降)																											
	※いずれかにチェックをしてください。		上記のうち、公的医療保険制度が適用されない入院期間と理由				年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自費(妊娠・分娩含む) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他()																										
18. 手術・処置	手術種類	手術名	診療報酬点数区分	手術部位	手術日	手術の内容																											
	※診断・検査のみを目的とする手術は除きます。	(1)	()	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	a.骨・関節	b.MP	c.筋腱	d.血管	e.植皮	f.水頭症																						
	※手術種類、手術内容は別表から選択し、ご記入ください。	(2)	()	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日																												
		(3回目以降)																															
19. 放射線・温熱療法		療法名		期間	年 月 日 ~ 年 月 日	総線量																											
※内照射も含みます。		<input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 密封小線源 <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他()		区分	M - ()	部位																											
20. 経過		発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったか)、初診時の主訴・所見および症状の経過(検査内容および検査結果・検査結果判明日・治療内容・経過等)																															
21. 先進医療		種類: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (回) 技術料: 円 実施回数 患者が受療した先進医療の技術料のみをご記入ください。																															
22. 病理組織学的検査		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病理組織診断名				診断確定日	年 月 日																										
23. 悪性新生物		医師による悪性診断確定日	年 月 日	左記診断に係る検査	<input type="checkbox"/> 病理組織学的検査 <input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査	検査結果																											
または 上皮内新生物		悪性新生物の性状	<input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 上皮内癌(非浸潤癌) <input type="checkbox"/> 浸潤癌 <input type="checkbox"/> その他			子宮頸部高度異形成の診断確定日	年 月 日																										
悪性新生物の区分		<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移	pTNM分類 T()N()M()			病名告知	本人: 年 月 日頃に病名()と告げた																										
抗がん剤治療(健康保険適用)		投薬(処方)期間	年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 ~ 年 月 日																											
抗がん剤治療(上記以外)		投薬(処方)期間	年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 ~ 年 月 日																											
24. 通院		診察年月	通院治療日(往診含む)																														
※「医師による悪性診断確定日」は、病理の有無に関わらず悪性と診断確定した日をご記入ください。		年 月	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
※「投薬(処方)期間」には服薬期間を、「月最初の投与日」には注射・点滴等による投与日をご記入ください。		年 月	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
該当するものにチェックをしてください。□先進医療 □患者申出療養 □がんを適応症として厚生労働大臣により承認されている抗がん剤を用いた治療 □欧米で承認された抗がん剤を用いた治療		年 月	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
上記以降の通院年月日		年 月	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
以上のとおり証明(診断)します。		年 月 日								当診断書料金																							
病院名(診療所名)・診療科										金 円																							
所在地										※税込																							
電話番号										医師名 (印)																							

LIAJ023-A01-202604

SOMPOひまわり生命保険株式会社

5031100