



## 障害診断書兼入院・手術証明書作成にあたってのお願い

「障害診断書兼入院・手術証明書」（以下「診断書」）はお客様に保険金などを迅速にお支払いする上で極めて重要な書類です。

お忙しいことと存じますが、正確なご記入をよろしく願いいたします。

### ○ご記入にあたって

- ・この表紙の表面だけでなく、裏面にも「ご記入にあたってのご説明」と「記入見本」を掲載しておりますので、ご参照ください。
- ・「診断書」の各項目に記載しきれない場合は、別紙にご記入いただいても結構です。その際には、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても証明印を押印してください。
- ・訂正・追記・削除された場合は、医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印を必ず押印してください。
- ・ご記入いただいた内容に不明な点がある場合には、当社からお電話等で照会・確認させていただくことがございます。

### ○ご記入が終わりましたら

- ・患者さまにお渡しいただく際には、表紙「障害診断書兼入院・手術証明書作成にあたってのお願い」部分を切り取って「障害診断書兼入院・手術証明書」のみを専用の封筒に入れてお渡しください。
  - ・患者さまが専用封筒を持参されなかった場合は、貴院の封筒をご使用いただきますようお願いいたします。
  - ・ご不明な点等がございましたら、フリーダイヤル【0120-552-950】にお電話いただき、音声ガイダンスに従い電話機の【4】を押してお問い合わせいただきますようお願いいたします。
- 当社お客様相談室へ接続されます。

受付時間： 平日 9:00～17:00

（土日休日、12月29日～1月3日を除きます。）

## ご留意いただきたい点および記入見本

11 既存の障害	
<input checked="" type="checkbox"/> 有	今回の傷病に及ぼした影響についてもご記入ください。
<input type="checkbox"/> 無	平成25年頃、変形性股関節症で右股関節に人工骨頭挿入をしている。 今回の転倒により破損したため、再置換を行った。

11 既存の障害
○今回の受診前の患者さまの障害の有無について選択してください。
○今回の受診前から患者さまに障害があった場合は、その障害の内容およびその障害が今回の傷病に及ぼした影響をご記入ください。

14 現在の障害の回復の見込み				
※固定年月日については、身体障害の状態が固定した日をご記入ください。	障 害 名	固定の有無	回復の見込み	固定年月日
	股関節機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	平成27年 7月 21日
	言語機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	平成28年 4月 5日
	視力障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	平成28年 9月 15日

14 現在の障害の回復の見込み
○患者さまの障害についてその障害名を記入し、固定の有無、回復の見込みを選択してください。障害の状態が固定しているのであれば、固定年月日をご記入ください。
○障害が複数ある場合は、それぞれの障害についてご記入ください。
○固定とは、その障害の状態が固定し、かつ、その回復の見込みが全くないことを医学的に認められたことをいいます。
○障害の部位によって、回復の可能性が異なる場合は、部位ごとに分けてご記入ください。



18001500014008



裏面にも「ご記入にあたってのご説明」と「記入見本」を掲載しておりますので、ご確認ください。

# 障害診断書兼入院・手術証明書

1 氏名	カルテ番号( ) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
2 傷病名 (確定診断された場合は確定診断後の傷病名)	傷病が複数ある場合は、傷病ごとに番号を付け、どの傷病に対する入院・手術かをご記入ください。		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常指摘			
	ア 障害の原因または入院等の治療を行った傷病名	<input type="checkbox"/> 上記が外因による場合はチェックし、その原因をイ欄にご記入ください。		入院等の治療を勧めた日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療 年 月 日		
イ アの原因	傷病が複数ある場合は、上記傷病の番号を付けてご記入ください。		傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 <input type="checkbox"/> 異常指摘 <input type="checkbox"/> 事故発生 年 月 日			
3 前医紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療期間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
			医療機関名			
4 診療期間	初診	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 終診
5 入院期間	第1回入院	上記傷病の番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記をご記入ください)
	第2回入院	上記傷病の番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 治癒退院 <input type="checkbox"/> 通院、療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院 <input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院
	第3回以降	3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[日帰り入院の場合は入院基本料の算定有無]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。				
分婭による入院の場合	上記入院期間中に健康保険が適用されない期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	分婭日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
6 今回の傷病に関して実施した手術等	第1回手術	上記傷病の番号 手術名 手術部位 診察報酬点数区分 手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
		手術種類 手術内容 手術目的 手術内容 悪性組織を	分婭による手術の場合 <input type="checkbox"/> 健康保険非適用 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D 年 月 日 <input type="checkbox"/> (1)開頭術(穿頭術は含まない) <input type="checkbox"/> (2)開胸術・胸腔鏡 <input type="checkbox"/> (3)開腹術・腹腔鏡 <input type="checkbox"/> (4)経尿道的 <input type="checkbox"/> (5)経腔鏡 <input type="checkbox"/> (6)内視鏡(喉頭鏡を含む) <input type="checkbox"/> (7)カテーテル(血管カテーテルを含む) (8)前記以外( <input type="checkbox"/> ア穿頭術 <input type="checkbox"/> イ経皮的 <input type="checkbox"/> ウその他( ) ) 手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術 筋骨(骨・関節・筋・腱・靭帯)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 自家骨移植術の場合(採骨部位) <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない <input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合2.5cm以上におよぶ手術			
	第2回手術	上記傷病の番号 手術名 手術部位 診察報酬点数区分 手術日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
第3回以降	3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診察報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。					
7 放射線治療	放射線名称	<input type="checkbox"/> 電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 体外照射 粒子線治療(重粒子線 <input type="checkbox"/> 陽子線) <input type="checkbox"/> 密封小線源治療 <input type="checkbox"/> 内用療法( <input type="checkbox"/> 甲状腺癌・I31I <input type="checkbox"/> 骨転移・89Sr <input type="checkbox"/> リンパ腫・90Y <input type="checkbox"/> 前立腺癌・223Ra ) <input type="checkbox"/> その他( )				
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L 部位		期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
		総線量	Gy			
8 先進医療	厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名	当該先進医療の届出受理年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	実施日(期間)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	実施回数	先進医療技術料 ※減免・助成金額を含みます。		
9 悪性新生物の場合		病理組織診断名	(p)TNM分類	T( ) N( ) M( )		
※上皮内癌およびCINII、IIIを含みます。		病理組織診断確定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
10 告知病名	本人に病名を [ <input type="checkbox"/> 上欄「2傷病名」と同じ ・ <input type="checkbox"/> 病名( ) ] と告げた。					

(お願い)

2 1

本訂正・追記・削除された場合は、下部医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印の押印を必ずお願ひします。患者さまにお渡ししくお願ひします。

11 既存の障害

□有  今回の傷病に及ぼした影響についてもご記入ください。

□無

12 現在の身体障害の状態

(1) 精神、神経、胸腹部臓器の障害

ア 自覚症状

イ 他覚的所見および検査結果

ウ 日常生活動作が制限されている状況

① 全般的な状況（安静度についてもご記入ください。）

② 日常生活動作の状況（次の各項目について該当するものを選択してください。また、その状況について、各項目ごとに具体的にご記入ください。）

項目	状況	具体的に
歩行	<input type="checkbox"/> ア ひとりで歩ける。 <input type="checkbox"/> イ 杖、装具等を使用すればひとりで歩ける。 <input type="checkbox"/> ウ 杖、装具等を使用しても、他人の介助によらなければ歩けない。 <input type="checkbox"/> エ 歩けないので、常時ベッド周辺の生活である。	外力を排して自力歩行可能な距離 _____m
排尿・排便	<input type="checkbox"/> ア ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> イ 特別の器具によりできる。 <input type="checkbox"/> ウ 特別の器具によりできるが、後始末ができない。 <input type="checkbox"/> エ 介助者がすべて手伝っている。常時おしめを使用している。	
食事	<input type="checkbox"/> ア ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> イ 食器類、食物を選定、工夫すればできる。 <input type="checkbox"/> ウ 食器類、食物を選定、工夫しても、他人の介助によらなければ困難である。 <input type="checkbox"/> エ 介助者がすべて食べさせている。	
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ア ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> イ 衣服等を工夫すれば、ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> ウ 衣服等を工夫しても、他人の介助によらなければできない。 <input type="checkbox"/> エ 介助者がすべて行っている。	
立ち座る上がる	<input type="checkbox"/> ア ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> イ ものをつかむ等の工夫をすれば、ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> ウ ものをつかむ等の工夫をしても、他人の介助によらなければできない。 <input type="checkbox"/> エ 介助者がすべて行っている。	
その他	長谷川式認知症スケール(HDS-R) _____点 (測定 _____年 _____月 _____日) ミニメンタルステート検査(MMSE) _____点 (測定 _____年 _____月 _____日)	

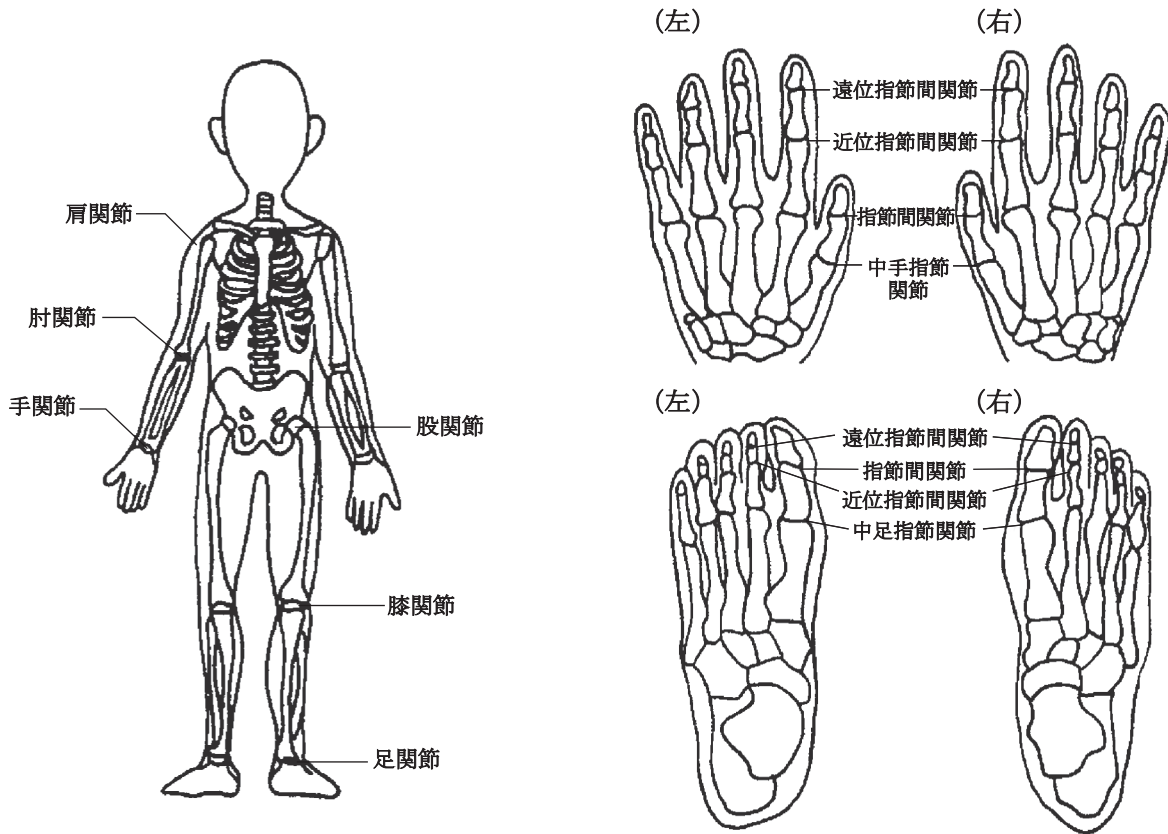
(裏面もご記入ください)



(2) 離切断等および偽関節(仮関節)

ア (離切断 年 月 日)

[ 離切断の箇所を明確に線で区切ってください。また、既存の離切断がある場合は、喪失部分を斜線で示してください。 ]



イ 偽関節 (仮関節)

下記の部位に仮関節を残す場合、該当する部位を選択してください。

- (右)  上腕骨  橈骨  尺骨  大腿骨  脛骨  
 (左)  上腕骨  橈骨  尺骨  大腿骨  脛骨

(3) 関節の自動運動の範囲

(測定 年 月 日)

(他の関節運動の測定値があれば、右欄 (13) にご記入ください。)

(単位: 度)

上肢	肩 関 節		肘 関 節		手 関 節							
	右	左	右	左	右	左						
	屈曲度			屈曲度		屈曲度						
伸展度			伸展度		伸展度							
下肢	股 関 節		膝 関 節		足 関 節							
	右	左	右	左	右	左						
	屈曲度		屈曲度		底屈度							
伸展度		伸展度		背屈度								
手指	右	第1指		第2指		第3指		第4指		第5指		
		伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	
	左	中手(足)指節関節										
		近位指節関節										
		中手(足)指節関節										
	近位指節関節											
足指	第1指は、「近位指節関節」欄に指節間関節についてご記入ください。											
脊柱	頸部脊柱	屈曲度		胸腰部脊柱	屈曲度							
		伸展度			伸展度							

(4) 脊柱の変形

下記のうち、該当するものを選択してください。

通常の上着を着ていても外部から脊柱の変形が明らかに (  わかる  わからない )

(5) 下肢短縮

下肢長 右 \_\_\_\_\_ cm  
 下肢長 左 \_\_\_\_\_ cm

(6) 視覚障害														
(測定 年 月 日)														
	視力					視野					単位：度			
	裸眼	矯正 ( <small>コンタクトレンズを含む</small> )				上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	合計
右眼														
左眼														
(複視の場合には、以下の選択肢の該当するものを選択してください。)														
両眼正面視において複視が生じている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
(7) 聴覚障害 (オーディオメーターによる検査成績)						(8) 平衡機能障害 (内耳の損傷によるもの)								
(測定 年 月 日)						(測定 年 月 日)								
<聴力レベル>						眼を開いて直線を10メートル歩行した場合、下記のいずれに該当しますか。該当するものを選択してください。								
周波数	500Hz	1,000Hz	2,000Hz	4,000Hz		<input type="checkbox"/> ア 転倒する。								
右耳	d B	d B	d B	d B		<input type="checkbox"/> イ 著しくよるめいて歩行を中断する。								
左耳	d B	d B	d B	d B		<input type="checkbox"/> ウ 中断することなく歩行できる。								
(9) 言語機能障害														
下記ア～エに該当する障害およびa～dに該当する状態をそれぞれ選択してください。 (測定 年 月 日)														
<input type="checkbox"/> ア 発声機能の完全喪失 <input type="checkbox"/> イ 中枢性失語症 ( <input type="checkbox"/> 運動性 <input type="checkbox"/> 感覚性 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> ウ 構音障害 (発音不能) ( <input type="checkbox"/> 口唇音 <input type="checkbox"/> 歯舌音 <input type="checkbox"/> 口蓋音 <input type="checkbox"/> 喉頭音 ) <input type="checkbox"/> エ その他 ( )						<input type="checkbox"/> a 言語機能の喪失 (音声言語による意思の疎通が全くできない) <input type="checkbox"/> b 言語機能の著しい障害 (身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意思の疎通が困難である) <input type="checkbox"/> c 言語機能の障害 (簡単な単語の発話により意思の疎通がかるうじて可能) <input type="checkbox"/> d その他 ( )								
(10) そしゃく機能の障害						(11) 味覚障害								
(測定 年 月 日)						(測定 年 月 日)								
下記のうち、該当するものを選択してください。						試験紙および薬物による検査の結果、下記のいずれに該当しますか。該当するものを選択してください。								
<input type="checkbox"/> ア 流動食以外は摂取できない。 <input type="checkbox"/> イ 粥食又はこれに準じる程度の飲食物以外のものは、とることができない。 <input type="checkbox"/> ウ ある程度の固形物は摂取できるが、これに制限があって、そしゃくの機能が十分でない。						<input type="checkbox"/> ア 全く反応がない。 <input type="checkbox"/> イ ある程度の反応はある。								
(12) 鼻の障害						(13) (1)～(12)の障害の原因およびその他特記事項								
(測定 年 月 日)														
ア 両側の鼻呼吸の障害の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 イ 両側の嗅覚の脱失 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ウ 鼻軟骨の欠損がありましたら、その部位および程度を右欄(13)にご記入ください。														
13 請求意思能力														
現在、本人には保険金等を請求する意思能力がありますか。(現在の状況がご不明(死亡を含みます)の場合はチェック不要です。) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
14 現在の障害の回復の見込み														
※固定年月日については、身体障害の状態が固定した日をご記入ください。	障害名	固定の有無	回復の見込み	固定年月日										
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	年 月 日										
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	年 月 日										
上記のとおり証明する。 令和 年 月 日														
郵便番号 所在地 名称 科 名 医師氏名 電話番号 病院または診療所名 [ 介護老人保健施設 ] は該当しません。						<input type="checkbox"/> 印								

この証明書は、(株)かんぽ生命保険の保険契約用および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している保険契約用です。ご証明いただいた事項につきまして、後日、当社から、照会させていただくことがあります。