

<注>お客様へ この診断書は、保険金請求額が10万円を超える場合、同じ契約のご請求が3回目以上の場合、入院を伴う約款所定の手術を受けられた方、その他弊社が願う場合にご提出ください。詳細は「保険金請求のご案内」の裏表紙「保険金のご請求に必要な書類」をご参照ください。なお、治療が終了した時点で医療機関に依頼してください。

日 額

診 断 書

頸部捻挫・腰痛その他の症状の場合、医学的他覚所見を詳細にご記入願います。

共栄火災海上保険株式会社

御中

カルテNo

患者	住所	職業	① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自費 ⑤ その他 ()		性別	男・女
	氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月
今回の事故による傷病名および受傷部位・態様			受傷の原因(患者申告の内容を詳細にご記入ください。)			
脊椎圧迫骨折の場合、(新鮮)・(陳旧性)・(不明)						
初診日	年 月 日	医学的他覚所見の有無、検査結果				
受傷日	年 月 日	画像診断異常所見 (X-P・CT・MRI)				
前医	無・有	医療機関名	担当医			
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容			骨粗鬆症について			
			1.今回事故前について 骨粗鬆症の受療歴 (有・無) 骨密度検査 (有・無) 骨折 (有・無)			
			2.今回事故後について 骨密度検査 (有・無)			
			上記1・2のいずれかが「有」の場合は、裏面の「骨粗鬆症について」の欄にその内容をご記入願います。			
			3.該当する状態(裏面を参照し該当の記号に○印をご記入願います。)			
			A・B・C・D・E・F・G・H・I・J			
			当該傷病の治療歴 無・有 (医療機関名:)			
			治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
			イ. 上記傷病と併行して行った傷病治療 無・有			
			(傷病名: 治療時期: 年 月 日 ~ 年 月 日)			
			ロ. 既往症 無・有			
			(傷病名: 発生日: 年 月 日頃)			
			ハ. イ・ロが今回事故の傷病治療期間に及ぼす影響			
			□影響ない □軽度 □中程度 □大きい □その他 ()			

熱 傷	a. I度(表皮)	b. II度(真皮浅層)	後遺障害 残存見込	無	予測される症状・機能障害()
	c. II度(真皮深層熱傷)	d. III度(皮下損傷)		有	症状固定見込(年 月頃)

手術 処置	無	手術日	年 月 日	観血	非観血	手術名 ()	診療報酬 点数コード ()
	有	手術日	年 月 日	観血	非観血	手術名 ()	診療報酬 点数コード ()

入院治療	1回目入院	日間(うち外泊日数)	日	実通院治療日 (○印をご記入願います)																	
	年 月 日 ~ 年 月 日			年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	2回目入院	日間(うち外泊日数)	日	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	年 月 日 ~ 年 月 日			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
通院治療	日間(うち治療実日数)	日		年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	年 月 日 ~ 年 月 日			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
受傷部位固定のためのギプス等(ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネ等)の常時装着(固定部分は裏面の図にご記入願います。)				年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
※「固定」とは「ギプス巻き」と同程度(副子、ロック付き装具等)の関節の可動性の抑止をいい、関節運動が可能な装具等の装着は含まれません。				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
※「常時装着」には、就寝時、入浴時等一時的に患者が外すことを許可した場合も含まれます。				年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
ギプス等固定具名				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
常時装着期間				年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
() 年 月 日 ~ 年 月 日				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
() 年 月 日 ~ 年 月 日				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日

現在の 状況	年 月 日	治療	継続	中止	転医	(医療機関名)
意思能力 物事の意味を理解し、それに基づいて意思表示を行うことができないと思われる場合は、右にチェックしてください。 □できない						


上記の通り診断します。 所在地 _____

年 月 日 医療機関名 _____ TEL _____

診療科名 _____ 医師氏名 _____ (印)

↓ 続きは裏面上段にご記入ください。

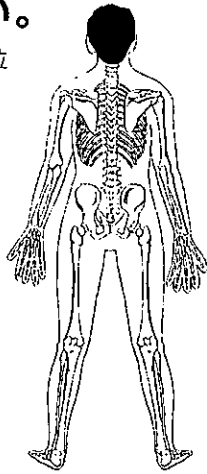
傷害の部位・固定部分を示してください。

 傷害の部位

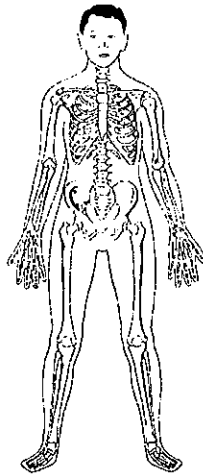
 固定部分

 離断部分

(右)



(左)



実通院治療日

(表面の記入欄が足りない場合にご使用ください)

年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日

表面の「骨粗鬆症について」欄の1・2のいずれかが「有」の場合は、下欄にその内容をご記入願います。

骨粗鬆症について

1. 今回事象前の骨粗鬆症の受療歴等

(1) 発症・診断時期 _____ 年 ____ 月 ____ 日

(2) 使用していた薬剤名(_____)

(3) 骨密度検査結果

検査日: _____ 年 ____ 月 ____ 日、 検査方法 _____ 法、 検査部位 _____

YAM 80%以上 80%未満 70%未満 50%未満

(4) 骨折の発症 時期 _____ 年 ____ 月 ____ 日、 部位 _____ 治療内容 _____ 外傷性骨折 脆弱性骨折

時期 _____ 年 ____ 月 ____ 日、 部位 _____ 治療内容 _____ 外傷性骨折 脆弱性骨折

2. 今回事象後の骨密度検査、骨粗鬆症治療等

(1) 骨密度検査結果

検査日: _____ 年 ____ 月 ____ 日、 検査方法 _____ 法、 検査部位 _____

YAM 80%以上 80%未満 70%未満 50%未満

(2) 骨粗鬆症治療内容

使用した薬剤名(_____)、 理学療法(_____)、 装具(_____)

1. Singhの分類

- A : Grade 6 正常の骨梁分布を示し、大腿骨の中極端は海面骨で完全に満たされているもの
- B : Grade 5 骨梁の中でもprincipal tensile groupとprincipal compressive groupが目立ちward三角が明瞭に判読できるもの
- C : Grade 4 principal tensile groupの骨梁数が減少しているが、連続性が残っているもの
- D : Grade 3 principal tensile groupの連続性が断たれているもの
- E : Grade 2 principal compressive groupの骨梁のみが目立ち、他の骨梁はほとんど消失しているもの
- F : Grade 1 principal compressive groupの骨梁も著しく減少し、ほとんど目立たなくなっているもの

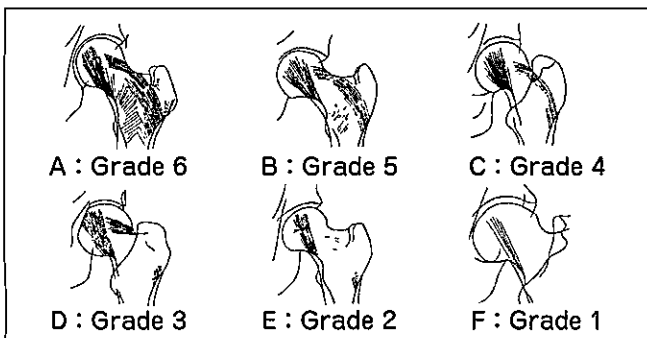


図1 Singhの大腿骨骨梁による骨萎縮度の分類
水野耕作「老人の整形外科」骨代謝性疾患、骨粗鬆症 南江堂より

2. 慈恵医大式骨萎縮度の分類

- ア : 正常
- イ : 初期 全体の骨陰影濃度が低下し、骨梁が細小化したもの
- ウ : I度 横の骨梁が減少し、縦の骨梁が目立つもの
- エ : II度 横の骨梁はさらに減少し、縦の骨梁が粗になっているもの
- オ : III度 横の骨梁がほとんど消失し、縦の骨梁も不明瞭で全体にぼやけた感じを示すもの

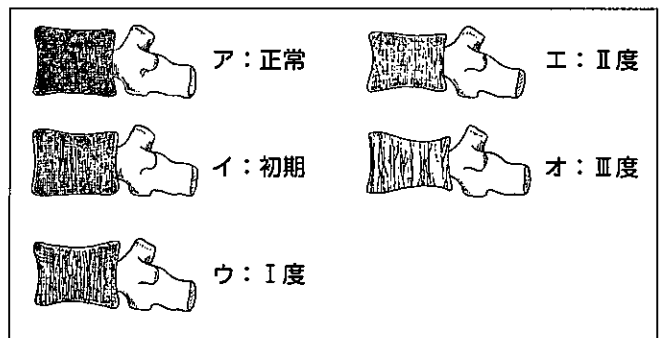


図2 脊椎骨梁の骨萎縮度による骨粗鬆症分類

診断書作成にあたってのお願い

お客様へ

<必ずお読みください>

ご不明な点がございましたら弊社損害サービス部署までお問い合わせください。

【保険金請求額が10万円を超える方、入院を伴う手術をされた方、または同じ契約のご請求が3回目以上の方(※)】

- 治療を受けられた医療機関に、この診断書の作成を依頼してください。
- 診断書の取得にかかる費用はお客様のご負担となります。
- なお、他の保険や共済の請求のためお手元に診断書（入院日および通院日等の確認できる診断書に限ります。）がある場合は、そのコピーをご使用いただくことができます。その場合は、原本のご提出先をお知らせください。ただし、診断書の項目が不足しているなど、後日この診断書をあらためてご提出いただく場合もございますので、予めご了承ください。
- 手術保険金の対象とならない手術もございます。保険金請求額が10万円以下で入院を伴う手術を受けた場合は弊社損害サービス部署へお問い合わせください。

【保険金請求額が10万円以下で、入院を伴う手術をされておらず、同じ契約のご請求が1・2回目の方(※)】

- この診断書の作成に代えて、別紙「入院・通院申告書」をご記入の上、医療機関の領収書と共にご提出ください。
- 詳細は、「入院・通院申告書」をご確認ください。
- おケガや治療の状況等により、後日この診断書のご提出をお願いする場合がございますので、予めご了承ください。

※家族型契約で、家族全員のご請求が10回目以上の場合は、個人のご請求回数にかかわらず診断書をご提出ください。

<後遺障害について>

今回のおケガの直接の結果として後遺障害が生じた場合は、後遺障害保険金をお支払いできる場合がありますので、該当される方は損害サービス部署までご相談ください。

(注1) 後遺障害とは、治療の効果が医学上期待できず、お身体に残された症状が将来においても回復できない重大な障害の状態、またはお身体の一部が欠損した状態をいいます。

(注2) ご請求には「後遺障害診断書」等当社所定書式が必要です。なお、後遺障害診断書等の取得に関する費用は、お客様のご負担となります。

お医者様へ

1. 患者様が加入されている保険のしくみ

保険期間中に発生した事故により傷害を被った場合に、死亡保険金、後遺障害保険金、入院・通院保険金、手術保険金をお支払いするものです。

2. 手術を実施した場合

手術保険金をお支払いできる手術かどうかの判断に使用しますので、お手数ですが実施した手術名と診療報酬点数コードをご記入ください。

3. 後遺障害について

傷害保険でいう、後遺障害とは、治療の効果が医学上期待できず、お身体に残された症状が将来においても回復できない重大な障害の状態、またはお身体の一部が欠損した状態をいいます。

「後遺障害の残存見込」欄がありますので先生のご見解を記入願います。なお、後遺障害診断書のご作成を別途お願いする場合がございます。

4. 骨折の場合

骨折(特に大腿骨骨頭部骨折や脊椎圧迫骨折など)の場合には、骨塩定量検査を実施した場合はその結果をご記入願います。また、右の「骨粗鬆症について」を参照していただき、程度もご記入願います。

以上よろしくお願いたします。