

# 医療保険診断書 (GPA Pro メディカルプラス用)

Chubb損害保険株式会社 御中

お願い：訂正の場合、必ず証明印による訂正印をお願いいたします。

氏名	カルテ番号 ( ) <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	年 月 日
傷病名	ICD-10コード	傷病発生日 (医師推定)	当該傷病での初診日
ア. 傷病名		年 月 日	年 月 日
イ. アの原因		年 月 日	年 月 日
ウ. 入院加療を要した合併症		入院加療対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
治療期間	初診 年 月 日 ~ 終診 年 月 日 (年 月 日現在加療中)		
	第1回 入院	年 月 日 ~	年 月 日 <input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 転院
	第2回 入院	年 月 日 ~	年 月 日 <input type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 転院
	第3回目以降の入院があれば、ご記入ください。		
親族付添	上記入院中、親族の付添が必要と認めた場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
がん既往症	<input type="radio"/> 有 傷病名 <input type="radio"/> 無 治療期間	年 月 日頃 ~ 年 月 日頃まで	医療機関名 [ ]
がん以外の既往症	<input type="radio"/> 有 傷病名 <input type="radio"/> 無 治療期間	年 月 日頃 ~ 年 月 日頃まで	医療機関名 [ ]
前医または紹介医	<input type="radio"/> 有 医療機関名 <input type="radio"/> 無 治療期間	年 月 日頃 ~ 年 月 日頃まで	医師名 [ ]
※発病から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったかご記入ください)			
※初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)			
悪性新生物・上皮内新生物の場合	確定診断日	年 月 日	区分 <input type="radio"/> 原発 <input type="radio"/> 再発 <input type="radio"/> 転移
	診断確定に至るまでの検査および結果	検査名	検査日
		① 病理組織学的検査	年 月 日
	悪性告知	② ( )検査	年 月 日
本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> その他( ) に 年 月 日 病名を [ ] と告げた			
分婉に伴う入院の保険適用	今回の入院期間のうち健康保険が適用されない期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
意思能力	保険金を請求し、受け取る行為の意味を理解できない場合、○印をつけてください。 <input type="radio"/> できない		
先進医療	技術名		先進医療費にかかる技術料 円(税込)
	治療実施日または期間		

上記のとおり診断・証明いたします。

年 月 日	所在地
診断書代金	医療機関名
円(税込)	TEL.
	医師名
	科 <input type="radio"/> 印