

診断書(傷害保険用) ※医療機関へ作成をご依頼ください。

AIG損害保険株式会社 宛

傷病者	住所	カルテNO.			
	氏名	職業 男・女	1 健 保 2 国 保	3 労 災 4 自 費	5 自 賠 責 6 その他()
初診日	年 月 日	受傷日	年 月 日	日生(才)	
傷病名および受傷部位・態様					
受傷の原因(傷病者の申告内容を詳細にご記入ください。)					

治療期間	総期間	年 月 日 ~ 年 月 日	転帰	治療・通院中・入院中・中止・転医	
	入院期間	第1回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 入院中 第2回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 入院中			
通院期間	※通院日(○印を記入してください)	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	計 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	計 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	計 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	計 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	計 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	計 日	
医学的に就業・家事・通勤通学が全く不可能とされる期間		年 月 日 ~ 年 月 日	平常の生活または就業に支障があったと思われる期間		
固定具使用の場合	固定部位	(手指のみ) (手指から手首を含む) (足指のみ) (足指から足首を含む) (その他) ()			
	名称と期間	ギプス・ギプスシャーレ	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
		ギプスシーネ・シーネ	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
		コルセット(軟・硬)	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	その他()	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

筋・腱・靭帯の場合 → 完全断裂 部分断裂 残存する後遺障害がある場合にご記入ください(無し・不明の場合は記入不要です。)
後遺障害の内容

・初診時の所見および治療中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過など) 他覚的所見:頸部痛・腰部痛の場合(レントゲン・脳波・筋電図など器質的変化)の有無:検査結果 ※必ずご記入ください

X線: 無 有 ()

CT: 無 有 ()

MRI: 無 有 ()

その他(検査名及びその結果) ()

・頭部外傷の場合の意識障害: 無 有
有りの場合 → 経時的变化をご記入ください

当該傷病の治療歴 無 有 (病院名:) 治療期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

「今回の傷病に影響を及ぼした」既往症・持病 無 有 (有りの場合、傷病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。)

傷病名 医療機関名 治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃

今回の傷病に関して実施した手術 (無しの場合は記入不要です有りの場合のみご記入ください)	手術名 (経皮的手術・TAE・ドレナージ・シャント術を含む)	手術の種類	筋骨手術の場合	手背部・手背側または足底部・足背側に及ぶ	筋・腱・靭帯の処置を伴う	植皮面積	手術日
	K・J(-)	1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む) 4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術 6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 観血	<input type="checkbox"/> 及ぶ	<input type="checkbox"/> 伴う	25cm ² (以上)	年 月 日
K・J(-)	1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む) 4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術 6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 観血	<input type="checkbox"/> 及ぶ	<input type="checkbox"/> 伴う	25cm ² (以上)	年 月 日	
その他	先進医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有りの場合、技術名を記入してください。[]					

上記の通り診断いたします。

診断書料金(税込) 円

年 月 日 所在地

病院名

電話番号

医師氏名



代理店 受付日

年 月 日

保険会社 受付日

GIAJ16-1B1-201801