

主治医の先生へ

「団体保険用 診療証明書(診断書)[リビング・ニーズ特約]」
作成にあたってのお願い

この「団体保険用 診療証明書(診断書)[リビング・ニーズ特約]」は、リビング・ニーズ特約による保険金のお支払要件に該当するかどうかを判断するための基礎書類となります。

リビング・ニーズ特約の支払要件は、請求時において、被保険者(患者様)の余命が6ヵ月以内であることです。

今後の治療予定やその効果も踏まえて、被保険者(患者様)の余命が6ヵ月以内であるかどうかを客観的に判断するため、弊社が用意いたしました診療証明書(診断書)の情報が必要となります。

つきましては、診療証明書(診断書)の各項目をもれなくご記入いただきますとともに、余命判断に関する事項につきましてはできるだけ詳細かつ具体的にご記入くださいますようお願い申し上げます。

【留意事項】

- ・ご記入の際は、黒インクにてお願いいたします。また、訂正される場合は必ず証明印による訂正をお願いいたします。
- ・○印の項目には、いずれかに○印をご記入ください。
- ・後日弊社または弊社が委託した会社の担当者より、本証明書の内容についてお伺いさせていただくことがございます。その際にはご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

明治安田生命保険相互会社

団体保険用 診療証明書（診断書）[リビング・ニーズ特約]

1. 氏 名	男 女	生年 月 日	大正 昭和 平成	年 月 日
2. 傷 病 名		傷病発生年月日		いずれかに○印を ご記入ください。
ア. 傷 病 名		年 月 日	医師推定	患者申告
イ. アの原因		年 月 日	医師推定	患者申告
ウ. 合 併 症		年 月 日	医師推定	患者申告
3. 治 療 期 間	初診 年 月 日から 年 月 日まで（ 終診 加療中 ）			
	入 院 期 間		集中治療室（ICU・CCU）治療期間	
	①	年 月 日～ 年 月 日 入院中 退院	①	年 月 日～ 年 月 日
	②	年 月 日～ 年 月 日 入院中 退院	②	年 月 日～ 年 月 日
4. 前 医 紹 介 医	有 無	医療機関名・医師名	治療期間 年 月 日～ 年 月 日	
5. 既往症 持 病	有 無	傷病名・医療機関名・医師名	治療期間 年 月 日～ 年 月 日	
6. 発病（受傷）から初診までの経過、初診時の所見・検査結果				
7. 治療経過および効果				
8. 病名告知	有 無	本人には（ 年 月 日）に病名を（ ）と告げた		
	有 無	家族には（ 年 月 日）に病名を（ ）と告げた		

9. 手術名 （この箇所所記入は必ずご記入ください）	手術の種 類	(1) 開頭術・穿頭術 (2) 開胸術 (3) 開腹術 (4) ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術 (5) その他（ ）		
	手術名	① K J - ()	手術日	① 年 月 日
		② K J - ()	② 年 月 日	
10. 放射線照射	部 位	期 間	開始 年 月 日～ 終了 年 月 日	総線量 グレイ
11. 病 理 組 織 診 断	有 無	該当項目に○印を記入して下さい→ (1. 生検 2. 手術切除組織) 診断名 診断日 年 月 日		12. TNM分類 T () N () M ()
14. 遠隔転移	有 無	部 位	転移巣の個数・大きさなど	
15. 最近の検査結果および全身状態・ADL				
16. 今後の治療方針（具体的な治療法・時期等も含めてご記入ください）				
17. 余命判断に関する事項				
ア. 余命が6か月以内であると診断されましたか（該当項目に○印をご記入ください） はい いいえ ※日本で一般に認められた医療による治療を行っても、余命が6か月以内であることがリビング・ニーズ特約の特約保険金の支払事由となります				
イ. 余命診断の時期 年 月 日				
ウ. 余命6か月以内であると診断された理由（具体的な症状の推移も含めてご記入ください）				
18. 余命告知	有 無	本人には（ 年 月 日）に余命が（ ）か月以内であると告げた		
	有 無	家族には（ 年 月 日）に余命が（ ）か月以内であると告げた		
上記のとおり証明（診断）します 年 月 日				
病院または診療所の 所在地		電話番号		
名称		市外局番（ ）		
医師氏名		印		

【お願い】・ご記入の際は、黒インクにてお願いいたします。また、訂正される場合は必ず証明印による訂正をお願いいたします。
・後日弊社または弊社が委託した会社の担当者より、本証明書の内容についてお伺いさせていただくことがございます。
その際にはご協力のほどよろしくお願い申し上げます。