

診断書様式作成にあたってのガイドライン

一般社団法人日本損害保険協会

2019年3月

目次

1. 本ガイドラインの目的	1
2. 本ガイドラインの改廃	1
3. 本ガイドラインの対象	2
4. 留意点	2

別表 1 : 標準的な診断書様式に採用する項目 (傷害保険)

別表 2 : 標準的な診断書様式に採用する項目 (医療保険)

別表 3 : 標準的な診断書様式に採用する項目 (所得補償保険)

参考資料 : 診断書の標準的なイメージ (例)

1. 本ガイドラインの目的

損害保険事業においては、適時・適切かつ公平・公正な保険金のお支払を行うことが重要な責務である。

また、一般社団法人日本損害保険協会（以下、「損保協会」という）は、第6次中期基本計画（2012年度～2014年度）において、共通化・標準化の推進による消費者利便の向上と業務効率化を重点課題の一つと位置づけており、あらゆる事業分野においてこれらの取り組みを積極的に推進することとしている。

傷害や疾病を保険金の支払事由とする、いわゆる「第三分野」の商品においては、支払事由に関する必要な情報を取得するための客観的資料は診断書であるが、その様式は会員会社ごとに様々であるため、上記の責務および重点課題に照らし、次の点が課題となっている。

- ・診断書を発行する医療機関側の観点から、各損害保険会社間の診断書様式が統一されることにより、記載に要する負担が軽減され、かつ、記載しやすくなることが望ましい。
- ・損害保険会社の観点から、会員会社間の診断書様式が統一されることにより、的確な医療情報を得て適時・適切かつ公平・公正な保険金のお支払を一層推進し、併せて医療機関との連携に係る業務負担が軽減されることが望ましい。

このため、損保協会では、第三分野商品における主要な種目である傷害保険、医療保険、所得補償保険について診断書様式の標準化に向けた検討を行った。

本ガイドラインは、これらの背景を踏まえ、会員会社が診断書様式の作成を行うにあたっての基本的な考え方、標準的な診断書様式に採用する項目および留意点をとりまとめたものである。これにより会員会社の診断書様式がより標準的に作成されることを助長し、医療機関側の記載に要する負担の軽減を図るとともに、会員会社の業務効率化と適時・適切かつ公平・公正な保険金のお支払に資することを目的としている。

会員会社においては、診断書様式の作成にあたっては本ガイドラインの目的達成に留意しつつ、自社の商品および支払実務に照らしたうえで適切に作成することが期待される。

2. 本ガイドラインの改廃

本ガイドラインは社会環境等の変化を踏まえ、適宜、見直しを行うこととし、その改廃は損害サービス委員会の議決によることとする。

3. 本ガイドラインの対象

本ガイドラインは、第三分野商品のうち主要な種目である傷害保険、医療保険、所得補償保険を対象としたものである。ただし、他の種目（医療費用保険、介護費用保険、がん保険等）の診断書様式の作成にあたっては、実務上支障のない限り本ガイドラインを参考に作成することが望ましい。

4. 留意点

(1) 会員会社の自主性

本ガイドラインは、会員会社が自主的に取組むための方向性を示したもので、その内容につき拘束力を有するものではない。また、別表1～3および参考資料は、標準的な診断書において基本となる項目等を取りまとめたものであり、会員会社において診断書様式を作成するにあたり特約を含む商品内容や支払実務に応じて項目を追加または削除することを妨げるものではない。

(2) 診断書様式の作成等にあたっての工夫

診断書様式の作成・改定にあたっては、医療機関にとって記載しやすい診断書となるよう、2018年に厚生労働省および金融庁で共催された「民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会」（以下、「診断書等の簡素化等に関する研究会」という）において医療機関の諸団体より提示された論点にも留意し、例えば以下のような工夫を行うことが望ましい。

- ・ 診断書上で医療機関に証明を求める項目については、支払実務に必要な客観的情報を取得する観点および保険金を適時・適切かつ公平・公正に支払う観点から設定を検討するとともに、医療機関が証明し得る情報なのか否か等も考慮したうえで、支払実務の判断に真に必要な項目に絞って設定する。
- ・ 保険会社が既に把握している、あるいは医療機関による証明事項に基づき保険会社でも確認が可能な事項（年齢、住所等）については、医療機関の負担軽減の観点から、診断書様式上に項目を設けない。
- ・ 必要に応じて、記入方法等に関する補足説明を診断書様式上に記載したり、記入要領等を診断書様式に添付する。
- ・ 記載方法を可能な限り選択式とする、簡潔な質問とする、記入欄の幅に余裕を持たせるなど、表現やレイアウトに留意する。
- ・ 必要に応じて、医療機関の意見・要望等を踏まえる。

(3) 「経過欄」の取扱いにかかる検討

「初診から現在までの経過欄」（いわゆる「経過欄」）については、従来の診断書様式では医療機関が自由に記載するフリーフォーム形式としていることから、診断書作成時の医療機関における記入の負荷が極めて大きいことを十分認識し、可能な限り項目を設けないことが求められている。

このため、従来、「経過欄」で記載を求めていた内容については、上記を踏まえ、所定の項目とするなど、記入時の負担軽減に配慮することが望ましい。

その一方で、保険会社が受傷機転と当該傷病の因果関係等の把握の観点から、診断書様式に「経過欄」を設ける場合には、医療機関の負担軽減にも配慮し、記入要領上の説明をわかりやすくしたり、全般的にレイアウトを工夫する等の対応を行うことが望ましい。

(4) 「前医欄」の削除に向けた検討

「前医欄」については、「診断書等の簡素化等に関する研究会」において、そもそも診断書を記入する医師が必ずしも前医を把握しているわけではなく証明する立場にない等、負荷軽減の観点より医療機関から項目の削除に向けた要望を強く受けた中、保険会社がそもそも「前医欄」が必要な請求か否かを精査し、告知義務違反や責任開始前発病を問わないもの（例えば、医療保険等で責任開始より一定の期間を経過し、責任開始前発病を問わない場合等）については、項目自体を設けないことが求められている。

一方で、それでもなお、損害保険制度の健全性維持・契約者間の公平性確保のため、「前医欄」を設ける場合は、危険選択において真に必要となる証明項目か否かを十分検討し、その趣旨に添わない項目は設けないこととする。

また、一般的に「前医欄」と同様の項目が設けられている「既往症欄」についても、証明項目の精査を行うことが望ましい。

(5) 診断書以外の書類の代用

商品性に影響を及ぼさない範囲で、診断書以外に保険金請求書類として代用できる書類（例えば、医療機関が発行する領収証や他社様式の診断書の写し等）があれば、その書類の活用を検討することも考えられる。

なお、診断書を省略できる場合において、保険金請求者が通院状況等を自己申告するための様式の作成・改定にあたっては、その趣旨に鑑み、医療機関を介さずに保険金請求者自身で記入を完結できるよう、配慮が必要であることに留意する。

(6) 医療機関への電話照会

医療機関から発行された診断書の記載内容について、やむを得ず医療機関に電話で照会を行う場合は、電話で照会することが妥当な内容か否かを判断したうえで、医療機関側の個人情報の取扱いに配慮した対応を行うことが望ましい。

以 上

2013年10月15日 策定

2019年 3月20日 改定

(別表1)標準的な診断書様式に採用する項目【傷害保険】

基本項目			追加項目		項目を設ける際の留意点
聞き方の順番	項目名	医師への質問	医師の回答の選択肢	基本項目に加えて追加で質問する項目（会社により異なる）	
傷病者に関する項目					
はじめ	氏名	患者様の氏名・カルテ番号・性別・生年月日を記入してください。			フリガナ欄は設けないことが望ましい。
	カルテ番号				
	性別				
	生年月日				
	健保使用状況	該当するものに○をつけてください。	健保・国保／労災／自費／その他（ ）		以下の工夫を行うことが望ましい。 ・西暦で記載できるようにしておく ・年齢欄は設けない
傷病に関する項目					
1	傷病名	入院・手術等の原因（契機）となった傷病名を記入してください。			
2	発症・受傷の原因	発症・受傷の原因を記入してください。			詳細な記載を求める場合は、欄を広く設けることが望ましい。
3	受傷部位・態様	発症部位と態様を記入してください。			
4	傷病発生年月日	傷病発生年月日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
5	初診から現在までの経過（治療状況および治療内容）	初診から現在までの経過を記入してください。			・記入要領上の説明をわかりやすくしたり、レイアウトを工夫する等の対応を行うことが望ましい。 ・詳細な記載を求める場合は、欄を広く設けることが望ましい。
6	請求意思能力の有無	請求意思能力の有無を記入してください。	有・無		
後遺障害に関する見込					
1	残存見込の有無	後遺障害の残存見込みはありますか。	有・無・未定		・身体障害者手帳の級の見込み
2	残存見込の内容	有・未定の場合は残存見込みの内容を記入してください。			
3	症状固定見込年月	症状固定見込年月を記入してください。	X年X月X日		
治療状況に関する項目					
1	異常所見	頭部症候群（むちうち症）、腰痛の場合医学的他覚所見（理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等で認められる異常所見）、画像所見（X-P・MRI・CT等）はありますか。	無・有（ ）		
2	その他の異常所見	その他の異常所見はありますか。	異常 無・有（ ）		
3	治療に影響をおよぼした既往症の有無	治療に影響をおよぼした既往症はありますか。	有・無		
4	治療に影響をおよぼした既往症の傷病名	治療に影響をおよぼした既往症の傷病名を記入してください。			
5	当該傷病の治療歴の有無	治療歴の有無について該当するものに○をつけてください。	無・有	・期間（X年X月X日～X年X月X日） ・病院名 ・内容	・支払実務への影響および医療機関の負担軽減の観点から、各社で支払要件の確認に真に必要な情報であると判断した場合に、基本項目（治療歴の有無）のみを照会することが考えられる。 ・また、支払要件を確認するにあたり、追加項目の証明を求めるざるを得ないケースも一定存在すると考えられるが、その場合も、その必要性をよく検討したうえで「わかる範囲でご記入ください」等、当該医療機関が把握している範囲で必要最小限の情報を照会することが望ましい。
治療期間に関する項目					
1	初診日	初診日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
2	現在の治療状況	該当するものに○をつけてください。	治癒・継続・中止・転医		
3	入院期間	入院期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日（うち外泊日数X日）	・入院治療期間内の特定集中治療室管理期間 ・合併症単独で入院の必要性が認められる場合の入院期間	以下の工夫を行うことが望ましい ・西暦で記載できるようにしておく ・合計日数については、欄を設けず、保険会社でカウントする
4	通院期間、実通院日数	通院した日にちに○をつけてください。	7ヶ月カレンダー（該当月を記載する欄、月毎に1～31の数字が記載された欄（○の記入欄）、および毎月の実通院日数の合計欄）		以下の工夫を行うことが望ましい ・通院日数に関する照会欄は、7ヶ月カレンダーのみとする（通院開始日～通院終了日の日付、通院開始日から通院終了日までの日数、および通院開始日から通院終了日までの間の実通院日数については、欄を設けず、保険会社でカウントする） ・必要に応じ、通院期間が8ヶ月以上の場合の記載方法（追加月数分のカレンダー欄を別紙に記載願う等）を補記しておく

基本項目			追加項目		項目を設ける際の留意点
聞き方の順番	項目名	医師への質問	医師の回答の選択肢	基本項目に加えて追加で質問する項目（会社により異なる）	
手術に関する項目					
1	手術日	手術日を記入してください。	X年X月X日	・手術の有無 ・手術の目的	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
2	手術名	手術名を記入してください。			
3	手術の種類	今回の傷病に対して実施した手術を記入してください。	「開頭術」・「開胸術」・「開腹術」・「その他（）」	「胸腔鏡下手術」・「穿頭術」・「腹腔鏡下手術」・「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・処置・治療」・「経皮的」・「経尿道的」・「経腔的」・「レーザー」・創傷処理・「その他（）」	手術の種類・内容に関しては、診療報酬点数手術区分番号（手術コード）で判断が可能な場合は、当該欄を設けない等の工夫を行うことが望ましい。
4	手術の内容	手術の内容を記入してください。	・骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術（観血・非観血） ・植皮（皮弁）術の場合、面積（25cm ² 以上、25cm ² 未満） ・手・足の手術の場合、MP関節を含めて中極側に（及ぶ・及ばない）	・穿頭孔を経由した手術の場合に新たな穿頭を実施したか既存の穿頭穴を使用したか ・口腔内手術の場合に顎骨に達する手術か ・骨内異物除去術の場合に抜釘かその他か ・骨・関節・神経に及ぶ手術か ・ドレーナージの場合に「持続的」「穿刺」「その他」のいずれか ・骨移植術の場合に「採骨部位」 ・瘢痕形成術の場合に「瘢痕の長さ」 ・シャント血管拡張（血管形成）の場合に「観血的」か「経皮的」か	手術の種類・内容に関しては、診療報酬点数手術区分番号（手術コード）で判断が可能な場合は、当該欄を設けない等の工夫を行うことが望ましい。
5	診療報酬点数手術区分番号（手術コード）	区分番号を記入してください。	K・J（ ）－（ ）		以下の工夫を行うことが望ましい。 ・KJM以外のコードを使用しない。 ・枝番末尾まで記入できるようにしておく。 ・診療報酬点数手術区分番号（手術コード）欄を設ける場合、診療報酬点数自体を記入する欄は極力設けない。設ける場合はその理由等を補記する。
固定具に関する項目					
1	固定具使用の有無	固定具の使用はありますか。	有・無		
2	固定具名	固定具名を記入してください。	ギプス・ギプスシャーレ・シーネ・ギプスシーネ・その他（ ）		
3	固定部位	固定部位を記入してください。			
4	常時装着期間	固定具の常時装着期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
平常の業務・生活に支障のある期間に関する項目					
1	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間の有無	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間がありますか。	有・無		
2	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
3	平常の業務・生活に支障のある期間の有無	平常の業務・生活に支障のある期間がありますか。	有・無		
4	平常の業務・生活に支障のある期間	平常の業務・生活に支障のある期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
先進医療に関する項目					
1	先進医療実施の有無	先進医療を実施しましたか。	はい・いいえ		
2	先進医療の技術名	先進医療の技術名を記入してください。			
3	先進医療による治療実施期間	治療実施期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日	治療実施回数を記入してください。	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
4	先進治療に係る届出受理日	届出受理日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
医療機関に関する項目					
1	記入日（証明日）				
2	所在地				
3	医療機関名				
4	電話番号				
5	診療科名				
6	医師氏名				
7	印				

(別表2)標準的な診断書様式に採用する項目【医療保険】

基本項目				追加項目	項目を設ける際の留意点	
聞き方の順番	項目名	医師への質問	医師の回答の選択肢	基本項目に加えて追加で質問する項目（会社により異なる）		
傷病者に関する項目						
はじめ	氏名	患者様の氏名・カルテ番号・性別・生年月日を記入してください。			フリガナ欄は設けないことが望ましい。	
	カルテ番号					
	性別					
	生年月日					
傷病に関する項目						
1	傷病名	入院・手術等の原因（契機）となった傷病名を記入してください。		・急性心筋梗塞の場合、初診時から60日時点で軽労働・座業以上の労働の制限をひき続き必要かの要否 ・脳卒中の場合、初診時から60日時点での言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症の継続の有無	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。	
2	ICD-10コード	ICD-10コードを記入してください。				
3	傷病発生日	傷病発生日を記入してください。	X年X月X日（医師推定・患者申告）			
4	初診から現在までの経過	初診から現在までの経過を記入してください。				・記入要領上の説明をわかりやすくしたり、レイアウトを工夫する等の対応を行うことが望ましい。 ・詳細な記載を求める場合は、欄を広く設けることが望ましい。
5	請求意思能力の有無	請求意思能力の有無を記入してください。	有・無			
6	入院・手術等の原因になった傷病の原因	入院・手術等の原因になった傷病の原因を記入してください。				詳細な記載を求める場合は、欄を広く設けることが望ましい。
合併症に関する項目						
1	合併症（傷病名）	合併症の傷病名を記入してください。				
2	合併症のICD-10コード	合併症のICD-10コードを記入してください。				
3	合併症の傷病発生日	合併症の傷病発生日を記入してください。	X年X月X日	・合併症の傷病発生日の特定者	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。	
悪性新生物・上皮内新生物の場合に関する項目						
1	病理組織診断結果の有無	病理組織診断結果の有無を記入してください。	有・無			
2	病理組織診断名	病理組織診断名を記入してください。				
3	TNM分類	TNM分類を記入してください。	T（ ）N（ ）M（ ）			
4	新生物の種類	悪性新生物の種類を記入してください。	上皮内新生物（CINⅢ・VINⅢ・VAINⅢ、上皮内癌）・その他			
5	診断確定日	診断確定日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。	
6	診断方法	診断方法を記入してください。	病理組織学的検査・細胞学的検査・画像診断・内視鏡検査・その他（ ）			
7	罹患歴	今回がはじめての悪性新生物罹患ですか。	はい・いいえ			
8	区分	今回の悪性新生物の区分を記入してください。	原発・再発・転移			
9	悪性告知・本人あての有無	本人あてに告知はありますか。	有・無			
10	悪性告知・本人あての告知日	本人に告知した日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。	
11	悪性告知・本人あての病名	本人に告げた病名を記入してください。				
12	悪性告知・家族あての有無	家族あてに告知はありますか。	有・無			
13	悪性告知・家族あての告知者名	どなたあてに告知しましたか。				
14	悪性告知・家族あての告知日	家族に告知した日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。	
15	悪性告知・家族あての病名	家族に告げた病名を記入してください。				
治療状況に関する項目						
1	その他の異常所見	その他の異常所見はありますか。	異常 無・有（ ）			
2	治療に影響をおよぼした既往症の有無	治療に影響をおよぼした既往症はありますか。	有・無			
3	治療に影響をおよぼした既往症の傷病名	治療に影響をおよぼした既往症の傷病名を記入してください。				
4	当該傷病の治療歴の有無	治療の有無について該当するものに○をつけてください。	無・有	・期間（X年X月X日～X年X月X日） ・病院名 ・内容	・支払実務への影響および医療機関の負担軽減の観点から、各社で支払要件の確認に真に必要な情報であると判断した場合に、基本項目（治療歴の有無）のみを照会することが考えられる。 ・また、支払要件を確認するにあたり、追加項目の証明を求めるざるを得ないケースも一定存在すると考えられるが、その場合も、その必要性をよく検討したうえで「わかる範囲でご記入ください」等、当該医療機関が把握している範囲で必要最小限の情報を照会することが望ましい。	
5	前医・紹介医の有無	前医・紹介医について該当するものに○をつけてください。	有・無	・診断病名 ・医師名 ・治療機関名 ・治療期間	・支払実務への影響および医療機関の負担軽減の観点から、各社で支払要件の確認に真に必要な情報であると判断した場合に、基本項目（前医・紹介医の有無）のみを照会することが考えられる。 ・また、支払要件を確認するにあたり、追加項目の証明を求めるざるを得ないケースも一定存在すると考えられるが、その場合も「わかる範囲でご記入ください」等、当該医療機関が把握している範囲で必要最小限の情報を照会することが望ましい。	

基本項目				追加項目	項目を設ける際の留意点
聞き方の順番	項目名	医師への質問	医師の回答の選択肢	基本項目に加えて追加で質問する項目（会社により異なる）	
治療期間に関する項目					
1	初診日	初診日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
2	現在の治療状況	該当するものに○をつけてください。	治療・継続・中止・転医		
3	入院期間	入院期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日（うち外泊日数X日）	・入院治療期間内の特定集中治療室管理期間 ・合併症単独で入院の必要性が認められる場合の入院期間	以下の工夫を行うことが望ましい ・西暦で記載できるようにしておく ・合計日数については、欄を設けず、保険会社でカウントする
4	通院期間、実通院日数	通院した日にちに○をつけてください。	7ヶ月カレンダー（該当月を記載する欄、月毎に1～31の数字が記載された欄（○の記入欄）、および月毎の実通院日数の合計欄）		以下の工夫を行うことが望ましい ・通院日数に関する照会欄は、7ヶ月カレンダーのみとする（通院開始日～通院終了日の日付、通院開始日から通院終了日までの日数、および通院開始日から通院終了日までの間の実通院日数については、欄を設けず、保険会社でカウントする） ・必要に応じ、通院期間が8ヶ月以上の場合の記載方法（追加月数分のカレンダー欄を別紙に記載願う等）を補記しておく
放射線治療等に関する項目					
1	放射線照射法	該当するものに○をつけてください。	体外照射・密封小線源・ガンマナイフ等の定位照射・その他（ ）		
2	放射線照射の部位	部位を記入してください。			
3	放射線照射の期間	期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
4	放射線照射の総線量	総線量を記入してください。	（ ） Gy		
手術に関する項目					
1	手術日	手術日を記入してください。	X年X月X日	・手術の有無	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
2	手術名	手術名を記入してください。			
3	手術の種類	手術の種類を記入してください。	「開頭術」・「開胸術」・「開腹術」・「その他（ ）」	「穿頭術」・「胸腔鏡下手術」・「腹腔鏡下手術」・「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・処置・治療」・「経皮的」・「経尿道的」・「経腔的」・「レーザー」・創傷処理・「その他（ ）」	手術の種類・内容に関しては、診療報酬点数手術区分番号（手術コード）で判断が可能な場合は、当該欄を設けない等の工夫を行うことが望ましい。
4	手術の内容	手術の内容を記入してください。	・骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術（観血・非観血） ・植皮（皮弁）術の場合、面積（25cm ² 以上、25cm ² 未満） ・手・足の手術の場合、MP関節を含めて中樞側に（及ぶ・及ばない）	・穿頭孔を経由した手術の場合に新たな穿頭を実施したか既存の穿頭穴を使用したか ・口腔内手術の場合に顎骨に達する手術か ・骨内異物除去術の場合に抜釘かその他か ・骨・関節・神経に及ぶ手術か ・ドレナージの場合に「持続的」「穿刺」「その他」のいずれか ・骨移植術の場合に「採骨部位」 ・瘢痕形成術の場合に「瘢痕の長さ」 ・シャント血管拡張（血管形成）の場合に「観血的」か「経皮的」か	手術の種類・内容に関しては、診療報酬点数手術区分番号（手術コード）で判断が可能な場合は、当該欄を設けない等の工夫を行うことが望ましい。
5	診療報酬点数手術区分番号（手術コード）	区分番号を記入してください。	K・J（ ）－（ ）		以下の工夫を行うことが望ましい。 ・KJM以外のコードを使用しない。 ・枝番末尾まで記入できるようにしておく。 ・診療報酬点数手術区分番号（手術コード）欄を設ける場合、診療報酬点数自体を記入する欄は極力設けない。設ける場合はその理由等を補記する。
先進医療に関する項目					
1	先進医療実施の有無	先進医療を実施しましたか。	はい・いいえ		
2	先進医療の技術名	先進医療の技術名を記入してください。			
3	先進医療による治療実施期間	治療実施期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日	治療実施回数を記入してください。	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
4	受療者が支払った先進医療の「技術料」	受療者が支払った技術料を記入してください。	（ ）円		
5	先進治療に係る届出受理日	届出受理日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
医療機関に関する項目					
1	記入日（証明日）				
2	所在地				
3	医療機関名				
4	電話番号				
5	診療科名				
6	医師氏名				
7	印				

(別表3)標準的な診断書様式に採用する項目【所得補償保険】

基本項目			追加項目		項目を設ける際の留意点
聞き方の順番	項目名	医師への質問	医師の回答の選択肢	基本項目に加えて追加で質問する項目（会社により異なる）	
傷病者に関する項目					
はじめ	氏名	患者様の氏名・カルテ番号・性別・生年月日を記入してください。			フリガナ欄は設けないことが望ましい。
	カルテ番号				
	性別				
	生年月日				
	健保使用状況	該当するものに○をつけてください。	健保・国保／労災／自費／その他（ ）		以下の工夫を行うことが望ましい。 ・西暦で記載できるようにしておく ・年齢欄は設けない
傷病に関する項目					
	1 傷病名	入院・手術等の原因（契機）となった傷病名を記入し			
	2 ICD-10コード	ICD-10コードを記入してください。			
	3 発症・受傷の原因	発症・受傷の原因を記入してください。			詳細な記載を求める場合は、欄を広く設けることが望ましい。
	4 傷病発生年月日	傷病発生年月日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
5	初診から現在までの経過	初診から現在までの経過を記入してください。			・記入要領上の説明をわかりやすくしたり、レイアウトを工夫する等の対応を行うことが望ましい。 ・詳細な記載を求める場合は、欄を広く設けることが望ましい。
	6 病名告知・本人あての有無	本人あてに告知はありますか。	有・無		
	7 病名告知・本人あての告知日	本人に告知した日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
	8 病名告知・本人あての病名	本人に告げた病名を記入してください。			
	9 病名告知・家族あての有無	家族あてに告知はありますか。	有・無		
	10 病名告知・家族あての告知者名	どなたあてに告知しましたか。			
	11 病名告知・家族あての告知日	家族に告知した日を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
	12 病名告知・家族あての病名	家族に告げた病名を記入してください。			
	13 請求意思能力の有無	請求意思能力の有無を記入してください。	有・無		
合併症に関する項目					
	1 合併症（傷病名）	合併症の傷病名を記入してください。			
	2 合併症のICD-10コード	合併症のICD-10コードを記入してください。			
	3 合併症の傷病発生年月日	合併症の傷病発生年月日を記入してください。	X年X月X日	・合併症の傷病発生年月日の特定者	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
後遺障害に関する見込					
	1 残存見込の有無	後遺障害の残存見込みはありますか。	有・無・未定	・身体障害者手帳の級の見込み	
	2 残存見込の内容	有・未定の場合は残存見込みの内容を記入してください。			
	3 症状固定見込年月	症状固定見込年月を記入してください。	X年X月X日		西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
治療状況に関する項目					
	1 他覚所見の有無、検査結果、画像所見	頸部症候群（むちうち症）、腰痛の場合	無・有（ ）		
	2 その他の異常所見	その他の異常所見はありますか。	異常 無・有（ ）		
	3 治療に影響をおよぼした既往症の有無	治療に影響をおよぼした既往症はありますか。			
	4 治療に影響をおよぼした既往症の傷病名	治療に影響をおよぼした既往症の傷病名を記入してください。			
5	当該傷病の治療歴の有無	治療の有無について該当するものに○をつけてください。	無・有	・期間（X年X月X日～X年X月X日） ・病院名 ・内容	・支払実務への影響および医療機関の負担軽減の観点から、各社で支払要件の確認に真に必要な情報であると判断した場合に、基本項目（治療歴の有無）のみを照会することが考えられる。 ・また、支払要件を確認するにあたり、追加項目の証明を求めるざるを得ないケースも一定存在すると考えられるが、その場合も、その必要性をよく検討したうえで「わかる範囲でご記入ください」等、当該医療機関が把握している範囲で必要最小限の情報を照会することが望ましい。
6	前医・紹介医の有無	前医・紹介医について該当するものに○をつけてください。	有・無	・診断病名 ・医師名 ・治療機関名、所在地 ・治療状況 ・初診日年月日、治療期間 ・電話番号	・支払実務への影響および医療機関の負担軽減の観点から、各社で支払要件の確認に真に必要な情報であると判断した場合に、基本項目（前医・紹介医の有無）のみを照会することが考えられる。 ・また、支払要件を確認するにあたり、追加項目の証明を求めるざるを得ないケースも一定存在すると考えられるが、その場合も「わかる範囲でご記入ください」等、当該医療機関が把握している範囲で必要最小限の情報を照会することが望ましい。

基本項目			追加項目	項目を設ける際の留意点
聞き方の順番	項目名	医師への質問	医師の回答の選択肢	
治療期間に関する項目				
1	初診日	初診日を記入してください。	X年X月X日	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
2	現在の治療状況	該当するものに○をつけてください。	治癒・継続・中止・転医	
3	入院期間	入院期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日（うち外泊日数X日）	<ul style="list-style-type: none"> ・入院治療期間内の特定集中治療室管理期間 ・合併症単独で入院の必要性が認められる場合の入院期間 以下の工夫を行うことが望ましい <ul style="list-style-type: none"> ・西暦で記載できるようにしておく ・合計日数については、欄を設けず、保険会社でカウントする
4	通院期間、実通院日数	通院した日にちに○をつけてください。	7ヶ月カレンダー（該当月を記載する欄、月毎に1～31の数字が記載された欄（○の記入欄）、および月毎の実通院日数の合計欄）	以下の工夫を行うことが望ましい <ul style="list-style-type: none"> ・通院日数に関する照会欄は、7ヶ月カレンダーのみとする（通院開始日～通院終了日の日付、通院開始日から通院終了日までの日数、および通院開始日から通院終了日までの間の実通院日数については、欄を設けず、保険会社でカウントする） ・必要に応じ、通院期間が8ヶ月以上の場合の記載方法（追加月数分のカレンダー欄を別紙に記載願う等）を補記しておく
手術に関する項目				
1	手術日	手術日を記入してください。	X年X月X日	<ul style="list-style-type: none"> ・手術の有無 西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
2	手術名	手術名を記入してください。		
3	手術の種類	今回の傷病に対して実施した手術を記入してください。	「開頭術」・「開胸術」・「開腹術」・「その他（）」	「胸腔鏡下手術」・「穿頭術」・「腹腔鏡下手術」・「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・処置・治療」・「経皮的」・「経尿道的」・「経腔的」・「レーザー」・創傷処理・「その他（）」
4	手術の内容	手術の内容を記入してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・骨・関節・筋・腱・靭帯に対する手術（観血・非観血） ・植皮（皮弁）術の場合、面積（25cm²以上、25cm²未満） ・手・足の手術の場合、MP関節を含めて中枢側に（及ぶ・及ばない） 	<ul style="list-style-type: none"> ・穿頭孔を経由した手術の場合に新たな穿頭を実施したか既存の穿頭穴を使用したか ・口腔内手術の場合に頸骨に達する手術か ・骨内異物除去術の場合に抜釘かその他か ・骨・関節・神経に及ぶ手術か ・ドレーナージの場合に「持続的」「穿刺」「その他」のいずれか ・骨移植術の場合に「採骨部位」 ・癒痕形成術の場合に「癒痕の長さ」 ・シャント血管拡張（血管形成）の場合に「観血的」か「経皮的」か 手術の種類・内容に関しては、診療報酬点数手術区分番号（手術コード）で判断が可能な場合は、当該欄を設けない等の工夫を行うことが望ましい。
5	診療報酬点数手術区分番号（手術コード）	区分番号を記入してください。	K・J（ ）－（ ）	以下の工夫を行うことが望ましい。 <ul style="list-style-type: none"> ・KJM以外のコードを使用しない。 ・枝番末尾まで記入できるようにしておく。 ・診療報酬点数手術区分番号（手術コード）欄を設ける場合、診療報酬点数自体を記入する欄は極力設けない。設ける場合はその理由等を補記する。
固定具に関する項目				
1	固定具使用の有無	固定具の使用はありますか。	有・無	
2	固定具名	固定具名を記入してください。	ギプス・ギプスシャーレ・シーネ・ギプスシーネ・そ	
3	固定部位	固定部位を記入してください。		
4	常時装着期間	固定具の常時装着期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
平常の業務・生活に支障のある期間に関する項目				
1	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間の有無	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断される期間がありますか。	有・無	
2	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間	医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断される期間を記入してください。	X年X月X日～X年X月X日	西暦で記載できるようにしておくことが望ましい。
医療機関に関する項目				
1	記入日（証明日）			
2	所在地			
3	医療機関名			
4	電話番号			
5	診療科名			
6	医師氏名			
7	印			

診断書の標準的なイメージ (例)

「診断書様式作成にあたってのガイドライン」に基づき、損害保険会社で作成する診断書様式の標準的なイメージ (例) を掲載しています。

※以下は、あくまでイメージであり、実際に損保各社が作成する診断書様式は、当該会社の商品内容等に応じて項目・レイアウトが設定されます。

※各項目の設定にあたっては、「診断書様式作成にあたってのガイドライン」別表1～3の「項目を設ける際の留意点」の内容を参照すること。

〇〇〇〇損害保険株式会社 御中		カルテno.		
傷病者 氏名	1. 健保・国保 2. 労災 3. 自費 4. その他 ()			
	男・女	年 月 日生		
傷病名または 受傷部位・態様	(ICD-10コード:)			
傷病の原因				
傷病発生日	年 月 日	前医・ 紹介医	有 ・ 無	
初診日	年 月 日		医療機関名	
当該傷病の治療歴	有 ・ 無		治療期間	年 月 日～ 年 月 日
初診から現在 までの経過	傷病名			
既往症	有 ・ 無		有 ・ 無	
	傷病名	合併症	傷病名 (ICD-10コード:)	
現在の治療状況	治療 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医			
今回の傷病に関して実施した手術等の種類		「頸部症候群 (むちうち症)」、「腰痛」その他の症状を 訴えている場合には「医学的他覚所見」の有無、検査結果		
<input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> その他 () 創傷処理 (筋肉に <input type="checkbox"/> 達する <input type="checkbox"/> 達しない) 筋骨関係の手術の場合 (<input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血) 植皮の場合 (<input type="checkbox"/> 25cm以上 <input type="checkbox"/> 25cm未満)		画像所見 異常 無・有 () その他 異常 無・有 () 有 ・ 無		
手術名 診療報酬点数 手術区分番号	(K・J -)	先進医療 の実施	技術名	
手術日	年 月 日		期 間	年 月 日～ 年 月 日
			届出受理日	
悪性新生物 上皮内新生物	病理組織 診断結果	有 ・ 無	病理組織診断名	
	TNM分類	T () N () M ()	診断確定日	年 月 日
	悪性新生物の種類	上皮内新生物 (<input type="checkbox"/> CINIII <input type="checkbox"/> VINIII <input type="checkbox"/> VAINIII <input type="checkbox"/> 上皮内癌) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	診断方法	<input type="checkbox"/> 病理組織学的検査 <input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	新生物の区分	原発 ・ 再発 ・ 転移		
	罹患歴	無 ・ 有		
	本人あての告知	無・有	告知日:	年 月 日
家族あての告知	無・有	告知日:	年 月 日	
放射線治療	照射法	<input type="checkbox"/> 対外照射 <input type="checkbox"/> 密封小線源 <input type="checkbox"/> ガンマナイフ等の定位照射 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	部 位	総線量		
	期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
入院治療	年 月 日～ 年 月 日 (うち外泊日数 日)	実通院治療日 (○をつけてください)		
固定具の有無	有 ・ 無	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	
固定具	<input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> ギブスシャーレ <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> ギブスシーネ <input type="checkbox"/> その他 ()	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	
		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	
固定部位		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	
		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	
常時装着期間	年 月 日～ 年 月 日	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・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間	無・有	年 月 日	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 日	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
平常の業務または生活に支障があると判断された期間	無・有	年 月 日	請求意思能力の有無	
		～ 年 月 日	有 ・ 無	
後遺障害 残存見込	無・有	未定	内容: 症状固定見込年月: 年 月 日	
上記のとおり診断します。 年 月 日				
所在地: _____ TEL: _____				
医療機関名: _____				
診療科名: _____				
医師名: _____ 印				