

診断書様式作成にあたってのガイドライン

- 本ガイドラインは、会員各社が保険金・給付金等の支払いを適切に行うために保険金・給付金等請求時の必要書類である診断書様式の作成にあたっての基本的考え方および留意すべき事項をまとめたものである。
- 本ガイドラインは強制力・拘束力を有するものではないが、会員各社においては、本ガイドラインの内容も参考にし、自己責任により、医師にとっての記載しやすさおよび負担軽減に留意しつつ、会員各社の商品および支払実務に照らした診断書様式を作成することが望ましい。

平成31年3月20日

生命保険協会

制定 平成19年 9月14日
改正 平成23年 1月21日
改正 平成31年 3月20日

目次

I. 総論	
1. 本ガイドライン策定の目的	1
2. 診断書様式策定に対する基本的考え方	1
3. その他の留意事項	2
II. 各論	
1. 診断書様式策定にあたっての留意事項	4
III. 終わりに	7
巻末	
「別紙1」： 診断書様式の標準化の対象となる証明項目	
「別紙2」： 入院・手術等証明書（診断書）の標準的なイメージ（例）	

I. 総論

1. 本ガイドライン策定の目的

生保事業が健全に運営されるためには、お客さまからの「信頼」が不可欠である。お客さまからの「信頼」の基礎となるのは請求に対して生保会社が適時・適切に保険金・給付金等の支払を行うことであり、これは生保会社にとって最も重要な責務の一つである。このような認識の下、保険金・給付金等の支払に際して、支払事由に関する必要な情報を取得するよう診断書様式を策定し、保険金・給付金等の適切な支払管理態勢が会員各社において整備されるように取組む必要がある。

本ガイドラインは、適切な保険金・給付金等の支払いを実施するため、会員各社において診断書様式策定を行うにあたっての留意点をとりまとめたものである。

2. 診断書様式策定に対する基本的考え方

診断書様式策定にあたっては、以下2つの目的を達成する必要がある。

1. 診断書に支払事由に関する必要な情報が記載され、支払査定時に生保会社が的確に支払情報を把握し適切な査定が可能な様式あること
 2. 診断書を発行する医療機関側にとっても記載しやすい様式であること
- また、適切な保険金・給付金等の支払を行うために、支払時の危険選択の効果的な実施にも留意すべきである。

3. その他の留意事項

(1) 診断書様式の標準化・証明項目の見直し

診断書を発行する医療機関側の立場からすると、各生保会社の診断書様式が統一された方が、記載の負荷を軽減し、記載をしやすくするといった観点から望ましいと考えられ、医療機関の諸団体から生保協会に対し、診断書様式の統一の要請が度々なされてきたところである。これを受け、生保協会として、診断書様式の統一にまでは至らなかったが、各種取組みを行ってきた。

<取組み事例>

【平成 15 年 12 月】

コンピュータによる入院・手術診断書等の作成を希望する医療機関からの照会に対応するため、「入院・手術証明書(診断書)」「死亡証明書」の参考例を作成。(その後、適宜改訂を実施。)

【平成 22 年 10 月】

各生保会社が可能な限り同一の質問・回答方法で証明項目を設定する等の一定の方向性を示した、別紙 1「診断書様式の標準化の対象となる証明項目」を作成。

【平成 31 年 3 月】

「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」において、医療機関の諸団体より更なる記載項目の簡素化の要望を受けることとなった。それに対し、生保協会としては医師の負担軽減を所期した各種証明項目のあり方について検討を行い、今般、本ガイドラインの改正に至ったものである。とりわけ、生保会社自らが確認すべき証明項目(フリガナ、職業、住所等)を精査し、見直しを図った。

(2) 医療機関向け情報提供の充実

診断書を発行する医療機関は、支払の事務フロー、査定方法等、生保の支払実務について十分な知識を有さないのが通例である。保険金・給付金等の支払いを適切に行う観点から、診断書様式へのよりの確・正確な記載が重要となる中、診断書様式の解説を求める医療機関の声は大きなものとなっており、診断書様式に関する説明の充実等医療機関に対する情報提供の一層の充実を図っていく必要がある。

(3) 医療機能の分化・専門化への対応

「かかりつけ医」「急性期病院」などの医療機関における機能分化および病院内部における医師の専門化が進んでいるほか、医師事務作業補助者による診断書等の代行作成が認められるようになった。保険金・給付金等を支払うに当たっての医療情報の取得についても、従来のような一人の医師が初診から終診まで診察・治療を行ったうえで記載することを想定した診断書を中心とした体系から、医療情報の内容に応じ、複数人の医師および医師事務作業補助者が分担して記載することを想定した診断書、被保険者作成書類、領収書等を適宜組合せた体系に変更していくことが必要となる。

(4) 生保協会認定の機械印字ソフトによる「診断書の電子化（機械印字化）」の促進・普及

生保協会は、これまでの保険金・給付金等の支払漏れの発生原因等を踏まえ、保険金・給付金等の支払に関するインフラ整備として、診断書の機械印字ソフト（以下「認定ソフト」という）の普及を図るための取組みを行ってきた。これにより、診断書の機械印字に加え、以下のような機能を通じて診断書作成の効率化に寄与することとなった。

1. 電子カルテ等から傷病名や手術情報等の引用が可能
2. 診断書の必須項目の記載有無を確認し、記載されていない場合は記載を促すメッセージを表示
3. 異なる様式の診断書間で共通項目のコピーが可能
4. 検索エンジン等の搭載等により、医師による診断書項目の記載を系統的にバックアップすることが可能

(5) 簡略請求について

お客様利便の向上や医療機関側の負荷軽減（診断書作成依頼数の縮減）に資する取組みである「簡略請求（※）の推進」が引き続き必要である。

※簡略請求：医療機関発行の領収証等の証憑書類を診断書の代替として保険金・給付金請求を認める仕組み

Ⅱ. 各論

1. 診断書様式策定にあたっての留意事項

上述の内容を踏まえると、会員各社が診断書作成に当たって留意しなければならない事項は次の通りとなる。

1	必要な査定情報の確実な取得
---	---------------

支払査定および請求案内に必要な不可欠な情報の取得を基本としつつ、別紙 1「診断書様式の標準化の対象となる証明項目」に即し「医師への聞き方」、「回答の選択肢」および「聞き方の順番」を可能な限り合わせることを望ましい。
なお、以下の点に留意する。

1. 別紙 1「診断書様式の標準化の対象となる証明項目」は会員各社の大半が使用している「入院・手術等に関する項目」、「死亡に関する項目」および「障害に関する項目」の分類で構成されている。また、それぞれの分類に、基本となる項目（「基本項目」）および追加で設定する項目（「追加項目」）が掲載されている。会員各社はこの「基本項目」および「追加項目」から取捨選択したうえで、必要に応じて個社固有の項目を追加する。
2. 「医師への聞き方」や「医師の回答の選択肢」は可能な限り「はい・いいえ」、○を付けるだけで済む方式で、シンプルな質問となるよう表現・レイアウトや枠の大きさ、記入欄の複数化等を工夫する。
3. 「入院・手術等」、「死亡」および「障害」以外の診断書についても標準化の趣旨に鑑み、この「医師への聞き方」、「医師の回答の選択肢」および「聞き方の順番」を参考にしながら作成する。

2 「経過欄」から「所定欄」への記載の誘導

フリー記入欄としての経過欄については、医療機関における負荷が極めて大きいことを十分認識し、とりわけ、入院・手術を主な保障とする医療保険等に用いる診断書においては、可能な限り設けないことが求められている。

従来、「経過欄」に記載されていた項目については、上述を踏まえ、「所定欄」への項目追加、記入ガイド文言の充実または全般的なレイアウトの工夫等により、「所定欄」への記入を促す対応を行うことが望ましい。

なお、ドレナージによる治療等は、診療報酬点数表等の区分が「処置」となる場合があるため、「所定欄（手術欄）」に記載されるように誘導することが必要である。

3 「前医欄」の削除に向けた検討

「前医欄」については、「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（平成 30 年）」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訳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側から項目の削除に向けた要望を強く受けた中、生命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ケース（※）については、欄自体を設けないことが求められている。

（※）医療保険等で責任開始より 2 年経過し、責任開始前発病を問わない場合等。なお、このような場合においては診断書の提出を求めない簡略請求の推進も有効な手立てである。

一方で、それでもなお、保険制度の健全性の維持・保険契約者間の公平性の確保のため、「前医欄」を設ける場合は、危険選択において真に必要な証明項目か否かを十分検討し、その趣旨に沿わない証明項目は設けないこととする。（所在地や治療内容等）

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。

4 「傷病名」と「ICD10 コード等」を併記する必要性

傷病によって支払金額が異なる保険商品が存在する中、診断書に記載の傷病名を「ICD10 コード等」に置き換え、支払査定を行うことは一般的となっている。そのような中、診断書において傷病名に加え、「ICD10 等」の記載を医療機関に求める診断書も見受けられるが、傷病名を「ICD10 コード等」に変換する作業は生保会社側でも可能であることから、「ICD10 コード等」を項目として設けないことが望ましい。（ただし、商品性より医療機関による証明が必要な場合を除く）

5	診断書を発行する医療機関への情報提供の充実等
---	------------------------

診断書を発行する医療機関に対しては、記入要領・記入時の記入ガイド文言の作成により、診断書様式の各項目の意味合い等について、可能な限り説明することが望ましい。

6	簡略請求の推進（診断書以外の書類の代用）
---	----------------------

簡略請求は、お客様利便の向上や医療機関側の負荷軽減に資する取組みとして、取扱範囲の拡大や顧客への情報提供を通じた簡略請求の更なる推進に努めていくことが求められる。

また、医療機関発行の領収証だけでなく、保険金・給付金請求書類として代用できる書類（例：公的な保障と連動する保障内容の場合、公的診断書等を代替する。あるいは他社様式の診断書の写し等）があれば、その利用について検討することが望ましい。

なお、簡略請求において、保険金・給付金請求者が治療状況等を自己申告するための様式の作成・改訂にあたっては、その趣旨に鑑み、医療機関を介さずに保険金・給付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。

7	その他
---	-----

1. 医療機関への電話照会について

医療機関から発行された診断書の記載内容については、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。

2. 同一保険会社内の診断書様式の統合・兼用等

査定情報の充実、請求（案内）漏れ防止の観点から、同一生保会社内の診断書様式の統合・兼用について、可能な限り検討を行うことが望ましい。また、1種類の診断書様式の項目を付加されている特約毎に打ち分ける（オーバーレイ・カット）等の検討も求められる。

Ⅲ. 終わりに

- 本ガイドラインは、会員各社において診断書様式策定を行うにあたっての留意点をとりまとめたものである。一方、今後、生保協会において、「診断書の電子化（機械印字化）」を促進・普及させる方策について引き続き検討していく必要がある。この促進・普及により、生保会社が保険金・給付金等の支払に関して必要な情報を取得し、保険金・給付金等の支払いを適切に行う更なる態勢整備に繋がり、また、医療機関にとっても生保会社とのやりとりが減少することになるため、事務負担軽減に寄与すると考えられる。
- 今後、「診断書の電子化（機械印字化）」の普及状況等を踏まえつつ、更にこれを推し進めた生保会社と医療機関が診断情報のデータ連携を行うことで、生保会社及び医療機関の負担軽減を図る等、引き続き検討を行うことが求められる。
- また、診断書様式の統一については、各生保会社でのシステム開発等が必要となることから即座の対応は極めて困難であるものの、医療機関の負担軽減を図る一つの方策でもあることから、引き続き検討を行うことが求められる。

以上

別紙1：診断書様式の標準化の対象となる証明項目

診断書様式の標準化の対象となる証明項目							
聞き方の 順番	項目名	基本項目		追加項目	備考		
		質問	選択肢				
		医師への聞き方	医師の回答の選択肢				
会社によって基本項目に加えて追加で聞く項目							
基本情報に関する項目							
はじめ	氏名						
	カルテ番号	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」「住所」「職業」等については、「必ずしも医療機関側に証明を求めなくても足る項目」とあるという観点から、項目として設けることは望ましくない。		
	性別						
	生年月日						
入院・手術等に関する項目(1/2)							
1	傷病名	ア	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 傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください ※医師推定		・患者申告の発生年月日	「傷病名」に加えて「ICDコード」を併記することについては、「必ずしも医療機関側に証明を求めなくても足る項目」とあるという観点から、項目として設けないことを推奨する。	
			アの原因はありますか	「はい」「いいえ」			
		イ	アの原因となった傷病名や事故を記入してください その傷病の発生年月日(受傷年月日)を記入してください ※医師推定		・患者申告の発生年月日		
		ウ	ア、イ以外の、入院加療の必要があった傷病(合併症を含む)はありますか その傷病名を記入してください その傷病の発生年月日を記入してください ※医師推定	「はい」「いいえ」	・入院加療の必要がないその他の治療中の傷病の有無		
		エ	アの初診日を記入してください アの治療は終わっていますか	「はい」「いいえ」	・患者申告の発生年月日 ・治療期間 ・当該病院における初診日 ・治療終了日		
2	前医または紹介医	アの前医または紹介医はありますか	「はい」「いいえ」	・傷病名 ・受療期間(初診日・治療期間) ・医療機関名	左記以外の項目(医療機関の所在地、医師名、入院・手術の有無等)については、「必ずしも医療機関側に証明を求めなくても足る項目」とあるという観点から、項目として設けることは望ましくない。		
3	既往症	既往症はありますか 既往症の傷病名を記入してください	「はい」「いいえ」	・傷病名 ・受療期間(初診日・治療期間) ・医療機関名	左記以外の項目(医療機関の所在地、医師名、入院・手術の有無等)については、「必ずしも医療機関側に証明を求めなくても足る項目」とあるという観点から、項目として設けることは望ましくない。		
4	入院	第1回入院	入院治療はありますか 第1回の入院期間を記入してください	「はい」「いいえ」 「退院」「転院」「転科」「死亡退院」「入院中」は会社ごとに選択			
		第2回入院	第1回入院と同じ			第3回以降の入院については会社ごとに設定する	
5	手術	第1回手術	手術の施行(実施)はありましたか ※ドレナージ等の処置についてもご記入ください 手術日を記入してください	「はい」「いいえ」			
			手術名を記入してください	手術名のほか、Kコード・Jコードを選択		医科診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行し「手術料」が一回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日を記入するよう補足説明する	
			左右で一対となっている部位・臓器に対する手術ですか	「はい」「いいえ」			
			どの部位に対する手術ですか	「左」「右」「両側」		両側の部位について日を違えて別々の手術を施行した場合に2回とも証明されるようガイドランスに対応する(施行日の記入時または「両側」を選択時)	
			手術の種類(術式)を選択してください	「開頭術」「穿頭術」「開胸術」「胸腔鏡下手術」「開腹術」「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」「眼科レーザー」・「その他」		※参照 選択肢と紐付ける符号(1.2.3…、ア、イ、ウ…)は、会社ごとの現行仕様により選択 ※ ・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を聞く ・口腔内手術の場合に頸骨に達する手術かどうかを聞く ・骨内異物除去術の場合に抜釘かその他かを聞く ・「骨」「関節」「神経」に及ぶ手術かどうかを聞く ・ドレナージの場合に「持続的」「穿刺」「その他」のいずれであるかを聞く ・口腔内手術の場合に頸骨を削っているかどうかを聞く ・骨移植術の場合に「接骨部位」を聞く ・癌形成術の場合に「癌痕の長さ」を聞く ・シヤント血管拡張(血管形成)の場合に「観血的」「経皮的」かを聞く	「手術の種類」欄で「その他」が選択された場合に聞く想定
			手術の内容を選択してください	筋骨関係の手術ですか 観血手術ですか、非観血手術ですか 筋・腱・靭帯に操作が及ぶ手術ですか 手指・足指に対する手術ですか MP関節を含めて中枢側に及ぶ手術ですか 植皮術または筋皮弁術ですか 植皮面積はいずれですか	「はい」「いいえ」 「観血」「非観血」 「及ぶ」「及ばない」 「はい」「いいえ」 「及ぶ」「及ばない」 「はい」「いいえ」 「25cm ² 以上」・「25cm ² 未満」		
			第2回手術	第1回手術と同じ			第3回以降の手術については会社ごとに設定する

診断書様式の標準化の対象となる証明項目						
聞き方の 順番	項目名	基本項目		追加項目	備考	
		質問	選択肢			
		医師への聞き方	医師の回答の選択肢	会社によって基本項目に加えて追加で聞く項目		
入院・手術等に関する項目 (2/2)						
6	放射線治療 または 温熱療法	放射線治療または温熱療法を行いましたか 放射線名称を記入してください 放射線治療または温熱療法を実施した部位を記入してください 施行開始日を記入してください 施行終了日を記入してください 総線量を記入してください	「放射線治療」「温熱療法」「未実施」 放射線治療名のほか、Mコードを選択 元号は選択、「予定」「照射中」を選択 元号は選択 単位：グレイ		・単位：ベクレル等	
悪性新生物・上皮内新生物の場合						
7	悪性新生物・ 上皮内新生物	病理組織学的検査	病理組織学的検査を行いましたか	「はい」「いいえ」		
			悪性新生物の病理組織診断名を記入してください			
		病理組織学的検査 以外の検査	実施した検査を選択してください	細胞学的検査・内視鏡検査・CT・MRI・その他		どこまで聞くかは会社ごとを選択する
			検査日および検査結果を記入してください			選択された検査種類ごとに聞く
			検査方法を記入してください			種類「その他」を選んだ場合に聞く
		種類	該当する悪性新生物の種類があれば選択してください	皮膚癌、上皮内癌または非浸潤癌		
		大腸癌の深達度	大腸癌の深達度を記入してください	M SM以深		大腸癌の場合のみ聞く
		診断確定日	悪性新生物の診断確定日を記入してください	昭和・平成・西暦 年 月 日		
		(p)TNM分類	(p)TNM分類を記入してください	フリー記入		
		既往の有無	悪性新生物の既往はありますか	「はい」「いいえ」		
既往の発生日を記入してください	年月日の記入・不明					
病名告知	悪性新生物の病名について、本人に告知しましたか	はい/いいえ			左記以外の項目（家族への告知・続柄等）については、「必ずしも医療機関側に証明を求めなくても足る項目」とであるという視点から、項目として設けることは望ましくない。なお、左記項目について、どこまで聞くかは会社ごとを設定する。	
	本人に告知した日を記入してください	昭和・平成・西暦 年 月 日				
急性心筋梗塞の場合						
8	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、軽労働・座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要としていましたか	「はい」「いいえ」			
脳卒中の場合						
9	脳卒中	脳卒中の初診日からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか 具体的な後遺症の症状を記入してください	「はい」「いいえ」			
10	通院	今回の治療にともなう通院がありますか	「はい」「いいえ」		入院前の通院を支払対象とするか否かは会社によって異なる。質問を切り分ける、ガイドランスで対応する等、医師にきちんと証明してもらえるよう工夫する	
		通院日（往診含む）を選択してください			日付カレンダーは会社ごとを選択する	

診断書様式の標準化の対象となる証明項目							
聞き方の 順番	基本項目			選択肢	追加項目	備考	
	項目名	質問					
		医師への聞き方					医師の回答の選択肢
障害に関する項目(1/4)							
1	傷病名	ア	障害・入院・手術等の原因(契機)となった傷病	障害および入院(手術)の原因(契機)となった傷病名を記入してください 受傷年月日(発病年月日)を記入してください ※医師推定		・患者申告の発生年月日	「傷病名」に加えて「ICDコード」を併記することについては、「必ずしも医療機関側に証明を求めなくても足る項目」であるという視点から、項目として設けることは望ましくない。
		イ	アの原因	アの原因となった傷病はありますか アの原因となった傷病名を記入してください その傷病の発生年月日(受傷年月日)を記入してください ※医師推定	「はい」「いいえ」	・患者申告の発生年月日	
2	障害の部位		障害の部位を記入してください				
3	既存障害の有無		今回の受傷・発病以前に身体障害はありましたか	「はい」「いいえ」「不明」			
			障害の部位を記入してください				
			障害の内容を記入してください 障害の時期を記入してください				
4	視力障害	視力障害の有無	視力障害がありますか	右 はいいいえ 左 はいいいえ			
		裸眼視力	裸眼視力を記入してください	右()・左()			
		矯正視力	矯正視力を記入してください	右()・左() ※指数弁()m、手動弁、光覚弁も選択可			
		矯正不能・不適の理由	矯正不能または不適ですか 矯正不能または不適の理由を記入してください	右 はいいいえ 左 はいいいえ			
5	聴力障害	聴力障害の有無	聴力障害がありますか	右 はいいいえ 左 はいいいえ		・器質性難聴かどうか	
		オーディオメーターの測定値を記入してください	500Hz 1000Hz 2000Hz 4000Hz 右()dB・()dB・()dB・()dB 左()dB・()dB・()dB・()dB				
6	鼻の障害	鼻の欠損・機能障害等	該当する項目を選択してください	A. 聴力レベル B. 聴力損失			
			鼻の欠損・機能障害等がありますか	はいいいえ			
			鼻軟骨の2分の1以上を欠損(摘出)をしていますか	はいいいえ			
7	そしゃく機能障害	そしゃく機能障害の有無	両側の鼻呼吸困難がありますか	はいいいえ			
			嗅覚脱失ですか	はいいいえ			
			そしゃく機能障害がありますか	はいいいえ			
8	言語機能障害	障害の程度	該当する状態を選択してください	A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれに準じる程度の飲食物であれば食べられる C. 流動食しか摂取できない			
			障害状態を詳細に記入してください				
		言語機能障害の有無	言語機能障害がありますか	はいいいえ			
		障害の原因	言語機能障害の原因を選択してください	A. 言語機能喪失(音声言語による意思の疎通が全くできない) B. 言語機能の著しい障害(身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意思の疎通が困難である) C. 言語機能の障害(簡単な単語の発語により意思の疎通がcaろうじて可能) D. その他			B~Dの場合に詳細に聞くことを想定
		障害の原因を詳細に記入してください	a. 喉頭の摘出(全部・一部) b. 中枢性失語症 c. 語音構成機能障害(1. 口唇音 2. 歯舌音 3. 口蓋音 4. 舌頭音) d. 精神障害 e. その他			「e.その他」の場合に詳細に聞くことを想定	

診断書様式の標準化の対象となる証明項目								
聞き方の 順番	項目名	基本項目		追加項目	備考			
		質問	選択肢					
		医師への聞き方	医師の回答の選択肢					
障害に関する項目(2/4)								
9	ADL	A	ADL制限の有無	中枢神経系または精神の障害(脊髄損傷を含む)・胸腹部臓器に障害がありますか	はいいいえ			
			食物の摂取	食物の摂取はどの程度可能ですか	ア. 箸を使用して可能 イ. 食器・食物を選定すれば自力で可能 ウ. 自力では困難 エ. 介助がなければ全く不可能			
			排便・排尿	排便・排尿はどの程度可能ですか	ア. 通常便器で、自力で可能 イ. 特別の器具を使用すれば自力で可能 ウ. 特別の器具により、自力で排泄できるが、あとしまつは自力で不能 エ. おしめ、特別の器具を使用してあり、自力では不能			
			衣服着脱・起居・歩行・入浴	衣服着脱・起居・歩行・入浴はどの程度可能ですか	ア. 通常の身のまわりの動作可能 イ. ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴がろうじて可能 ウ. ベッド上の起居・周辺歩行のみがろうじて可能 エ. ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能 オ. 全くのねたきり状態			
		精神状態	精神状態(知能を含む)はどのような状態ですか	ア. 通常の状態(知能)状態 イ. 障害が軽度で監視介助は不要 ウ. 障害が中程度で大部屋での監視介助が必要 エ. 障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要 オ. 意識全くなし(昏睡状態)				
		B	食物の摂取	食物の摂取(スプーン・フォークを使用して食物を口に入れること)はできますか	○. 自分でできる △. 自分では困難(その行為のために一時的・部分的に介護者の手助けまたは補助器具の使用が必要な場合) ×. 自分でできない(補助器具を使用したとしても、その行為の最初から終わりまで常に介護者の手助けが必要な状態)	ほぼ自立	「○(自分でできる)」「△(自分で困難)」「×(自分でできない)」を基本とするが、「ほぼ自立」を状態のレベル感として追加することを可とする	
			排便・排尿	排便・排尿(洋式便座に排泄すること※便器への移動や衣服着脱は含みません)はできますか	○. 自分でできる △. 自分では困難(その行為のために一時的・部分的に介護者の手助けまたは補助器具の使用が必要な場合) ×. 自分でできない(補助器具を使用したとしても、その行為の最初から終わりまで常に介護者の手助けが必要な状態)			
			排便・排尿のあとしまつ	排便・排尿のあとしまつ(排泄後の拭き取りをすること)はできますか	○. 自分でできる △. 自分では困難(その行為のために一時的・部分的に介護者の手助けまたは補助器具の使用が必要な場合) ×. 自分でできない(補助器具を使用したとしても、その行為の最初から終わりまで常に介護者の手助けが必要な状態)			
			衣服の着脱	衣服着脱(肌着・下着を着たり、脱いだりすること)はできますか	○. 自分でできる △. 自分では困難(その行為のために一時的・部分的に介護者の手助けまたは補助器具の使用が必要な場合) ×. 自分でできない(補助器具を使用したとしても、その行為の最初から終わりまで常に介護者の手助けが必要な状態)			
			起居	起居(横になった状態から起き上がって座位をたもつこと)はできますか	○. 自分でできる △. 自分では困難(その行為のために一時的・部分的に介護者の手助けまたは補助器具の使用が必要な場合) ×. 自分でできない(補助器具を使用したとしても、その行為の最初から終わりまで常に介護者の手助けが必要な状態)			
			歩行	歩行(ベッド周辺等を歩くこと)はできますか	○. 自分でできる △. 自分では困難(その行為のために一時的・部分的に介護者の手助けまたは補助器具の使用が必要な場合) ×. 自分でできない(補助器具を使用したとしても、その行為の最初から終わりまで常に介護者の手助けが必要な状態)			
				入浴	入浴(浴槽に入った、出たりすること)はできますか	○. 自分でできる △. 自分では困難(その行為のために一時的・部分的に介護者の手助けまたは補助器具の使用が必要な場合) ×. 自分でできない(補助器具を使用したとしても、その行為の最初から終わりまで常に介護者の手助けが必要な状態)		
				精神状態	精神状態(知能を含む)はどのような状態ですか	ア. 通常の状態(知能)状態 イ. 障害が軽度で監視介助は不要 ウ. 障害が中程度で大部屋での監視介助が必要 エ. 障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要 オ. 意識全くなし(昏睡状態)		
				脊柱障害の有無	脊柱障害がありますか	はいいいえ		
頸椎の自動運動範囲	頸椎の自動運動範囲を記入してください			前屈(0° ~ °) 後屈(0° ~ °) 右旋(0° ~ °) 左旋(0° ~ °) 右屈(0° ~ °) 左屈(0° ~ °)				
10	脊柱障害	胸腰椎の自動運動範囲	胸腰椎の自動運動範囲を記入してください	前屈(0° ~ °) 後屈(0° ~ °) 右旋(0° ~ °) 左旋(0° ~ °) 右屈(0° ~ °) 左屈(0° ~ °)				
		変形障害	通常の衣服を着用した状態で外部から見た変形はありますか	明らかになる・わからない				

診断書様式の標準化の対象となる証明項目								
聞き方の 順番	基本項目			追加項目		備考		
	項目名	質問	選択肢	追加項目				
		医師への聞き方	医師の回答の選択肢	会社によって基本項目に加えて追加で聞く項目				
障害に関する項目(3/4)								
11	運動麻痺・ 欠損・短縮	切断・短縮の有無	上肢・下肢・手指・足指に切断・短縮がありますか	はい・いいえ				
			切断・短縮がある部位を選択してください	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・右手指・左手指・右足指・左足指				
		上肢・下肢の 切断	A	手関節(手根・手関節を含む)以上で離断していますか	右上肢(はい・いいえ) 左上肢(はい・いいえ)			
				足関節(リスフラン関節を含む)以上で離断していますか	右下肢(はい・いいえ) 左下肢(はい・いいえ)			
			B	手関節以上で離断していますか	右上肢(はい・いいえ) 左上肢(はい・いいえ)			
				足関節以上で離断していますか	右下肢(はい・いいえ) 左下肢(はい・いいえ)			
		下肢の短縮	下肢が短縮していますか	右上肢(はい・いいえ) 左上肢(はい・いいえ)				
			何cm短縮していますか	()cm				
		手指の切断	切断した手指を選択してください	はい(左第1指～第5指・右第1指～第5指)・いいえ				
			近位指節間関節(第1指の場合は指節間関節)以上を失っていますか 末節の1/2以上を失っていますか	はい・いいえ はい・いいえ				
	足指の切断	切断した足指を選択してください	はい(左第1指～第5指・右第1指～第5指)・いいえ					
		足指全部を失っていますか 遠位指節間関節(第1指の場合は末節の1/2)以上を失っていますか	はい・いいえ はい・いいえ					
	運動麻痺・可動域制限	運動麻痺または可動域制限がある部位を選択してください	はい・いいえ					
		運動麻痺は完全麻痺ですか、不全麻痺ですか	完全麻痺・不全麻痺	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・右手指(第1指～第5指)・左手指(第1指～第5指)・右足指(第1指～第5指)・左足指(第1指～第5指)				
	右手指	第1指 第2指 第3指 第4指 第5指	右第1指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			右第2指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			右第3指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			右第4指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			右第5指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			左手指	第1指 第2指 第3指 第4指 第5指	左第1指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
					左第2指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
					左第3指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
					左第4指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
					左第5指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中手指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
	右足指	第1指 第2指 第3指 第4指 第5指	右第1指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			右第2指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			右第3指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			右第4指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			右第5指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック				
			左足指	第1指 第2指 第3指 第4指 第5指	左第1指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
					左第2指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
					左第3指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
					左第4指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください	近位指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
左第5指の伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください					近位指節間関節(° ~ °) 中足指節間関節(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック			

・内旋・外旋・内転・外転
・経過欄(各欄について)

診断書様式の標準化の対象となる証明項目							
聞き方の 順番	項目名	基本項目			追加項目	備考	
		質問	選択肢				
		医師への聞き方	医師の回答の選択肢		会社によって基本項目に加えて追加で聞く項目		
障害に関する項目 (4/4)							
12	四肢関節の 運動障害	右	肩関節	右肩関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック	・内旋・外旋・内転・外転 ・経過欄(各欄について)	
			肘関節	右肘関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			手関節	右手関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			股関節	右股関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			膝関節	右膝関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			足関節	右足関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
		左	肩関節	左肩関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			肘関節	左肘関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			手関節	左手関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			股関節	左股関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			膝関節	左膝関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
			足関節	左足関節の伸展度・屈曲度を記入してください	自動運動範囲(° ~ °) ※完全運動麻痺の場合はチェック		
13	請求意思能力	請求意思能力の有無	保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できますか 請求意思能力について詳細に記入ください	A. 理解できる B. 理解できない C. その他			
14	回復可能性	回復可能性・症状固定に関する意見 症状固定時期(回復の見込みがなくなった時期)	回復の可能性と症状固定についての意見を記入してください 症状固定時期(回復の見込みがなくなった時期)を記入してください	昭和・平成・西暦・年 月 日・時期不詳・未固定	・障害のある項目ごとに記入	全体で1回だけ聞くのを基本とする それぞれの項目ごとに聞くのは追加項目とする	

診断書様式の標準化の対象となる証明項目							備考
聞き方の 順番	項目名	基本項目		追加項目			
		質問 医師への聞き方	選択肢	会社によって基本項目に加えて追加で聞く項目			
死亡に関する項目							
1	住所 職業		一般的な職業の選択肢			左記項目については、「必ずしも医療機関側に証明を求めなくても足る項目」とあるという視点から、項目として設けることは望ましくない。	
2	死亡したとき	死亡日・死亡時刻を記入してください	昭和・平成・西暦 年月日 午前・午後 時分				
3	死亡した 場所 ア	死亡したところの種別	死亡したところの種別を選択してください	「1.病院」「2.診療所」「3.介護老人健康施設」「4.助産所」「5.老人ホーム」「6.自宅」「7.その他」			
		死亡したところの種別を詳細に記入してください				死亡したところの種別が「その他」の場合のみ聞く	
4	死亡原因 イ	死亡したところ	死亡したところを記入してください				
		種別1～5の施設名	死亡したところの施設名称を記入してください				
		ウ	直接死因	直接の死亡原因を記入してください 発病(受傷)から死亡までの期間を記入してください			
			アの原因	アの原因となった傷病・事故等がありますか アの原因となった傷病・事故等を記入してください 発病(受傷)から死亡までの期間を記入してください	「はい」「いいえ」		
		イの原因	イの原因となった傷病・事故等がありますか イの原因となった傷病・事故等を記入してください 発病(受傷)から死亡までの期間を記入してください	「はい」「いいえ」			
		エ	ウの原因	ウの原因となった傷病・事故等がありますか ウの原因となった傷病・事故等を記入してください 発病(受傷)から死亡までの期間を記入してください	「はい」「いいえ」		
		II	間接原因(II欄)	間接原因(II欄) 発病(受傷)から死亡までの期間を記入してください 直接には死因に関係しないが、I欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病等がありますか	「はい」「いいえ」		
				直接には死因に関係しないが、I欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病等を記入してください			
5	解剖	解剖を行いましたか 解剖の主要所見を記入してください	「はい」「いいえ」				
6	死因の種類	死因の種類を選択してください	「病死および自然死」「不慮の外因死(交通事故 転倒・転落 溺水 煙、火災および火焔による障害 窒息 中毒 その他)」「その他及び不詳の外因死(自殺 他殺 その他及び不詳の外因)」「不詳の死」				
7	外因死の 追加事項	傷害発生日時・状況	傷害が発生したときを記入してください 傷害が発生したときの状況を選択してください	昭和・平成・西暦 年月日 午前・午後 時分 「従業中」「従業中でないとき」「不明」			
		傷害発生場所の種別	傷害発生場所の種別を選択してください 傷害発生場所の種別を詳細に記入してください	「住居」「工場及び建築現場」「道路」「その他」		傷害が発生したところの種別が「その他」の場合のみ聞く	
	傷害発生場所 手段及び状況	傷害が発生したところを記入してください 手段及び状況を記入してください					
	その他	本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖等、その他特に付言すべき事柄がありましたら記入してください					
9	死亡診断(死体検案)日	死亡診断(死体検案)日を記入してください					

診断書様式の標準化の対象となる証明項目						
聞き方の 順番	項目名	基本項目			追加項目	備考
		質問	選択肢			
		医師への聞き方	医師の回答の選択肢			
会社によって基本項目に加えて追加で聞く項目						
共通項目						
*	経過欄	発症(受傷)から初診までの経過(いつからどのような症状があったか)、初診時の患者の主訴・所見および症状の経過(検査内容および検査結果・検査結果判明日・治療内容・経過等)を記入してください				「経過欄」から「所定欄」への記載の誘導を図り、今後、「所定欄」の記載状況を注視しつつ、医師の記入負荷軽減の観点から「所定欄」のあり方を継続検討する
お わ り	病院証明欄	病院または診療所の所在地/名称/電話番号/医師氏名・証明日・押印	以下の項目を記入し診断書に押印をお願いします		-	
その他必要な個社が設定する項目						
*	リビング・ニーズ	余命6ヶ月の判断有無	余命が6ヶ月以内であるとの判断をされていますか	「はい」「いいえ」		余命が6ヶ月以内であることがリビング・ニーズの支払要件になることをガイドンスで説明する
		判断時期	余命が6ヶ月以内であると判断された時期を記入してください	昭和・平成・西暦 年 月 日		
		判断理由	余命が6ヶ月以内であると判断された理由を記入してください ※具体的な病状の推移や、検査所見、今後の治療予定などをまとめて記入してください			

入院・手術等証明書(診断書)の標準的なイメージ(例)

生命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、実際に生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。

1.氏名		カルテ番号()			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	
2.傷病	ア. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病	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					傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください		
	イ. アの原因	アの原因となった傷病名や事故を記入してください					傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください		
	ウ. ア、イ以外の傷病	ア、イ以外の、入院加療の必要があった傷病(合併症を含む)があれば記入してください					傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください		
	エ. アの初診日	年 月 日						アの治療は終わっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3.既往症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	傷病名				
4.入院	入院期間	第1回	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院					
		第2回	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 転科 <input type="checkbox"/> 死亡退院					
		第3回以降							
5.手術	第1回	手術日	年 月 日	手術部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側				
		手術名	※ドレナージ等の処置も記入してください K・J(-)						
	第2回	手術日	年 月 日	手術部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側				
		手術名	※ドレナージ等の処置も記入してください K・J(-)						
第3回以降									
6.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	傷病名				

そもそも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ケース等で不要な場合は、前医欄自体を設けない。

各社の商品性に 応じた 証明項目を設ける

(悪性新生物・上皮内新生物、急性心筋梗塞、脳卒中、通院等)

上記の通り証明(診断)します 所在地 年 月 日

病院または 名称
診療所

電話番号

医師名

印