

## 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23年1月21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

## 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. 今後の検討課題	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	6
巻末 「別紙1」： 診断書様式の標準化の対象となる証明項目	

## 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、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できるようにするとともに、2. 診断書を発行する医療機関側にとっても記載しやすくする、という2つの目的を達成する必要がある。

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。

上記の目的を達成するにあたり、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、診断書の機械印字化を促進することを目的として機械印字ソフトの普及を図るための取組みを行ってきたところであるが、会員各社は診断書様式の策定にあたって、これらの観点も踏まえた十分な対応が求められる。

### 3. 今後の検討課題

#### (1) 診断書様式の標準化

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、過去、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なされてきたところである。これを受け、生保協会としても、入院・手術診断書、死亡証明書を中心に、診断書様式の統一に向けた取組みを行ってきたところではあるが、依然として、各社の診断書様式の項目の種類・配置等が多様な現状にある。生保協会は、平成 15 年 12 月に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」の参考例を作成し、適宜改訂を行ってきたが、診断書様式の統一を求める医療機関からの要請が依然としてあり、医療機関側で自主的に診断書様式を設定する動きも見られる。

その後、生保協会として診断書様式の標準化・統一のあり方等の検討を重ね、平成 22 年 10 月に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」を作成した。

#### (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に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、診断書の機械印字化を促進することを目的として生保協会認定の機械印字ソフト（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、1. 電子カルテ等に登録されている病名や手術情報等を作成中の診断書に引用する、2. 必須項目につきシステムで発行時にその記載の有無を確認し、記載されていない場合は記載を促すメッセージを表示する、3. 異なる様式の診断書間で共通項目をコピーする、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、こと等が可能となるインフラが整備されつつある。

今後、認定ソフトのレベルアップ等を行うことで、「診断書の電子化（機械印字化）」の更なる普及を図ることが必要となる。具体的な認定ソフトのレベルアップ策としては、認定ソフトに生保各社が標準化に即した診断書様式を搭載すること等により、医師の記載しやすさ、診断書間でのコピーの容易性を確保する等が考えられる。さらに、電子カルテ、電子レセプト等、現在進められている医療情報の電子化の流れを踏まえ、将来的には生保会社と医療機関がデータ連携等を行うことで、生保会社および医療機関の事務負荷を軽減することができると考えられる。

これらの検討状況を踏まえつつ、「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、引き続き検討を行うことが必要である。

## 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が望ましい。  
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。

また、査定情報入手の方法として、診療報酬点数区分番号、ICDコード等の医学的なコードの活用も、診断書を発行する医療機関側の負荷も考慮した上で検討することが望ましい。

2	「経過欄」から「所定欄」への記載の誘導
---	---------------------

「経過欄」は、保険金・給付金等の支払に関する一部の情報が記載されることがあるが、これらの情報が漏れなく「所定欄」に記載されることによって、その情報に基づき正しく査定判断を行うことが可能である。このため、従来、「経過欄」に記載されていた項目の「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	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。

4	その他
---	-----

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、医療機関発行の領収書、被保険者作成書類またはその組合せ等、診断書に代わる医療情報の取得手段がある場合は、その利用も検討することが望ましい。

更に、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）という注目すべき検討も見られる。



### 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、事務負荷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診断情報のデータ連携など、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	会社によって基本項目に加えて追加で聞く項目			
		医師への聞き方	医師の回答の選択肢				
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					
	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				
		イ	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	
		ウ	アの原因はありますか	「はい」「いいえ」			
		エ	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	
2	前医または紹介医	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)はありますか その傷病名を記入してください	「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	その傷病の発生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 ・治療期間	
		アの初診日	アの初診日を記入してください			・当該病院における初診日	
			アの治療は終わっていますか	「はい」「いいえ」		・治療終了日	
3	既往症・持病	アの前医または紹介医はありますか	「はい」「いいえ」			・傷病名 ・治療期間 ・医療機関名 ・医師名 ※何をどこまで聞くかは会社ごとに選択	
		既往症・持病はありますか	「はい」「いいえ」			・治療期間 ・医療機関名 ・医師名 ※何をどこまで聞くかは会社ごとに選択	
4	入院	第1回入院	入院治療はありますか	「はい」「いいえ」			
			第1回の入院期間を記入してください	「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で対応する(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」・「経皮的レーザー」・「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孔を使用したかを聞く ・口腔内手術の場合に頸動脈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顎骨を削っているかどうかを聞く ・骨移植術の場合に「採骨部位」を聞く ・瘢痕形成術の場合に「瘢痕の長さ」を聞く ・シャント血管拡張(血管形成)の場合に「親血的」か「経皮的」かを聞く
			筋骨関係の手術ですか	「はい」「いいえ」			「手術の種類」欄で「その他」が選択された場合に聞く想定
			観血手術ですか、非観血手術ですか	「観血」「非観血」			
			筋・腱・靭帯に操作が及ぶ手術ですか	「及ぶ」「及ばない」			
			手指・足指に対する手術ですか	「はい」「いいえ」			
			MP関節を含めて中樞側に及ぶ手術ですか	「及ぶ」「及ばない」			
植皮術または筋皮弁術ですか	「はい」「いいえ」						
植皮面積はいずれですか	「25cm <sup>2</sup> 以上」「25cm <sup>2</sup> 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	「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			
		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	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に選択する
			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」		
既往の発生年月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				
	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				
	本人に告げた病名を記入してください			「本人または家族」「本人と家族」のいずれにするか、告知日等についてどこまで聞くかは会社ごとに設定する		
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・産業はできるが、それ以上の活動では制限を必要としましたか	「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に選択する	

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	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 (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
		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」		
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( )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
			オージ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			
			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			
6	鼻の障害	鼻の欠損・機能障害等	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			
			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			
7	そしやく機能障害	そしやく機能障害の有無	そしやく機能障害がありますか	はいいいえ			
		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				
8	言語機能障害	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			
		障害の程度	該当する状態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			
			障害状態を詳細に記入してください				B~Dの場合に詳細に聞くことを想定
	障害の原因	言語機能障害の原因を選択してください	a. 喉頭の摘出(全部・一部) b. 中樞性失語症 c. 語音構成機能障害(1. 口唇音 2. 歯舌音 3. 口蓋音 4. ころ頭音) d. 精神障害 e. その他				
		障害の原因を詳細に記入してください					「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	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(2/4)						
9	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おり、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・入浴がろうして可能 ウ. ベッド上の起居・周辺歩行のみがろうして可能 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		
	B	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. 通常の精神(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)		
		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) ×. 自分ではできない(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) ×. 自分ではできない(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) ×. 自分ではできない(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) ×. 自分ではできない(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) ×. 自分ではできない(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) ×. 自分ではできない(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(浴槽に入ったり、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) ×. 自分ではできない(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. 通常の精神(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)			
	10	脊柱障害	脊柱障害の有無	脊柱障害がありますか	はい・いいえ	
頚椎の自動運動範囲			頚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° ~ °)		
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みた変形はありますか	明らかにわかる・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	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(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(手根中手関節を含む)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	右下肢(はい/いいえ) 左下肢(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	はい/いいえ					
	末節の1/2以上を失っていますか		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	はい/いいえ						
		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						
	運動麻痺・可動域制限	上肢・下肢・手指・足指に運動麻痺または可動域制限はありますか	はい/いいえ						
		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	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)						
		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						
	右手指	第1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					
			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						
			第2指	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				
			第3指	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				
			第4指	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				
		左手指	第1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				
				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					
				第2指	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			
				第3指	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			
				第4指	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			
	右足指	第1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					
			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						
			第2指	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				
			第3指	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				
			第4指	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				
左足指		第1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					
			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						
			第2指	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				
			第3指	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				
			第4指	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				

・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					備考	
聞き方の 順番	項目名	基本項目		追加項目		
		質問	選択肢	会社によって基本項目に加えて追加で聞く項目		
		医師への聞き方	医師の回答の選択肢			
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	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		・障害のある項目ごとに記入	
		症状固定時期(回復の見込みがなくなった時期)	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	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		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			
死亡に関する項目								
1	住所							
	職業				一般的な職業の選択肢			
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 種別 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		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		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						
4	死亡原因	I	ア	直接死因	直接の死亡原因を記入してください			
				イ	アの原因	発病(受傷)から死亡までの期間を記入してください		
				ウ	イの原因	アの原因となった傷病・事故等がありますか	「はい」「いいえ」	
				エ	ウの原因	発病(受傷)から死亡までの期間を記入してください		
				オ	イの原因	ウの原因となった傷病・事故等がありますか	「はい」「いいえ」	
			II	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		「はい」「いいえ」				
		解剖の主要所見を記入してください						
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		昭和・平成・西暦 年月日 午前・午後 時分				
		傷害発生場所の種別		「作業中」「作業中でないとき」「不明」				
		傷害発生場所		「住居」「工場及び建築現場」「道路」「その他」				
		手段及び状況		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				傷病が発生したところの種別が「その他」の場合のみ聞く		
		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						
8	その他	本人の特徴、身長、体格、酒量、習慣等、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		選択肢	追加項目	備考	
		質問	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					
<b>共通項目</b>							
*	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」への記載の誘導を閲し、今後、「所定欄」の記載状況等を注視しつつ、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	-			
<b>その他必要な欄が設定する項目</b>							
*	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ランスで説明する	
		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含めて記入してください				