

おケガ・治療の内容

医療機関にご確認のうえ、正しくご記入ください。

- 実際に通院治療を受けた日を○で囲んでください。
- 複数の医療機関に通院された場合、病院ごとに「○」、「△」等に、印を分けてご記入ください。

●ギプス等の固定具を使用されている場合、下記および〈参考〉をご確認のうえ、ご記入ください。なお、治療途中で、固定具の種類や部位を変更された場合、その期間ごとに、A欄、B欄にご記入ください。

固定具を常時装着した期間には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴中および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。

固定具の種類については、〈参考〉をご確認ください。

治療状況申告書兼同意書

申告書は、保険金お支払額が30万円以下の場合、診断書の代わりとしてご利用いただくものです。申告書の記載内容により、あらかじめ診断書の提出をお願いする場合があります。

医療機関 医療機関の情報につき、以下をご記入いただくか、または診察券や領収書のコピー（一枚可）を同封してください。
 医療機関名 SJ病院 電話番号 03(1234)5678 利用保険 健保 国民 労災 自費 その他

おケガ・治療の内容 必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご記入ください。

部位	頭(顔) 首 肩 胸 背 腰 腕 脚 (その他)	※実際に通院治療を受けた日に○印をつけてください。複数の医療機関に通われた場合は○・△等で、印を分けてご記入ください。
症状	肩痛 腕痛 肘痛 手痛 指痛 腰痛 頭痛 足指痛 (その他)	
傷病名	<u>右手首骨折</u>	
入院治療	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
通院治療	20 24 年 4 月 5 日 ~ 20 24 年 5 月 28 日 (うち実際に通院した日数 <u>8</u> 日)	
手術	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ※正式な手術名をご記入ください 手術名 _____ 手術日 20 年 月 日	合計 <u>8</u> 日

ギプス等の固定具の使用	固定具を常時装着(※1)した期間	手術または足首を含む固定	固定具の種類(※2)
	A 2024年4月5日から 20 年 5 月 12日まで	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	ギプス <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 副木・シーネ (硬性コルセット(※3)) ギプスシャーレ その他 ()
	B 20 年 月 日から 20 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	ギプス <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 副木・シーネ (硬性コルセット(※3)) ギプスシャーレ その他 ()

※1 常時装着には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。
 ※2 固定具の種類については、下図〈参考〉固定具の種類をご確認ください。 ※3 布製のコルセット(軟性コルセット)は含みません。

最終治療日 20 24 年 5 月 28 日 後遺障害 残り見込 なし あり (不明) 内容 ※あり・不明の場合、内容をご記入ください
 備欄の大きさ (cm)

ギプス等の固定具を使用されているお客さまへ

上肢(手)または下肢(足)を固定されている場合、固定部位を斜線等でぬりつぶしてください。
 ・関節部分(手首・ひじ・足首・ひざ)がわかるように点線を表示していますので、ぬりつぶしの目安としてください。

(参考)固定具の種類

ギプス(足) ※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの	ギプスシャーレ(足) ※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したもの	長下肢器具(足) ※大腿部から足底に及ぶ固定のこと	ギプス ※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの
硬性コルセット ※プラスチックや金属製の硬いコルセット	クラビクルバンド ※関節骨折の場合に用いられる固定具	フィラデルフィアカラー ※あご受けがついており、内側はスポンジ製で関節の屈曲、伸張を制限する固定具	ギプスシャーレ(腕) ※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したもの
			副木(腕) ※副木をあてて、包帯等で固定したもの
			シーネ(腕) ※副木(シーネ)と呼ばれる固定具をあて、包帯等で固定するもの

同意書 主治医師 鈴木花子 (生年月日 大 昭 30 年 8 月 8 日)
 患者氏名 鈴木花子
 損害保険ジャパン株式会社または本書を所持する同社委嘱の者が、上記患者の症状、治療内容、病歴等について照会し、必要により治療・検査記録、画像診断のフィルム(コピー)、診断書等を受領することに同意します。
 なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。
 20 24 年 6 月 1 日 (同意者)患者との関係: 本人・配偶者・親族(父)
 住所 東京都中野区中野4-10-2 氏名 鈴木一郎
 ケガをされた方が未成年のときは、親権者をご署名・捺印ください。

- 上肢(手)または下肢(足)を固定されている場合、固定されていた部位を斜線等でぬりつぶしてください。
- 関節部分(手首・ひじ・足首・ひざ)がわかるように点線を表示していますので、ぬりつぶしの目安としてください。
- 治療途中で、異なる種類の固定具に変更した場合や固定されている部位が変更になった場合、その期間ごとに色を変える等してご記入ください。(A欄、B欄にご記入いただいた期間ごとにご記入ください。)