

同意書

年 月 日

主治医 殿

下記患者が貴院において受療した傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等につき、ニューインディア保険会社の社員または同社が委嘱する者より照会がありましたときは、ご回答いただくことに同意しますので、ご多忙中、誠に恐縮ですが、ご回答いただくようご依頼申し上げます。また、診断書または証明書の交付もしくは画像診断のフィルムまたはその他検査記録の貸出をお願いしたときは、併せてご協力をお願いします。

(患者が未成年者等のとき)

(患者住所に同じ)

患者住所

住所

患者氏名

氏名

生年月日

明治

大正

昭和

平成

年

月

日

患者との関係

親権者

その他

()

診療状況報告書

ニューインディア保険会社 御中

下記のとおり相違ありません。なお、診断に関する記録を貴社が病院に照会することに同意します。貴社が病院に対して照会しても回答してもらえない場合は、あらためて診断書を提出します。

保険金請求額が10万円以下の場合は、この申告書で診断書にかえることができます。

申告者	受傷者が未成年の場合は、親権者	作成日	年 月 日										
おけがをされた方(被保険者)	(申告者に同じ) 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 (男・女)	おけがをされた日	年 月 日										
おけがをされた体の部位	頭 顔 首 肩 胸 腹 脊柱 腰 腕 手 脚 足 その他 ()												
おけがの状態	打撲 切り傷 すり傷 捻挫 骨折 脱臼 火傷 その他 ()												
ギプス等の固定具を使用した場合	着脱 (不能) (可能) 固定器具使用期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 使用固定具 (ギプス シーン その他 ())	縫合の有無	(有) ・ (無) キズの大きさ 針 (cm)										
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください。											
通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち実際に通院した日数 日間)	()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
手術内容(手術を受けた場合)	手術日: 年 月 日 手術名 (手術名は担当医師にご確認のうえご記入ください。)	()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	計
ケガのため仕事または学校を休んだ期間	年 月 日 ~ 年 月 日	()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	計
診察券のコピーを必ずここに貼りつけてください。診察券が無い場合は、ここに病院名、所在地、診察券番号を記入してください。	年 月 日 (治癒) (治療継続中) (転医) (中止)	()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
病院名:		()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	計
所在地:		()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	計
診察券番号:		()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
担当医師名(外・整形外科・)	先生 ()科	()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	計
病院の電話 ()		()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	計
													日

(病院に確認のうえ、正確に記入してください。)

(2つ以上の病院で治療された場合は○△等で区別してください。)