

## 専用診断書について

下記診断書は、金融機関等に融資を申し込まれた方が、保険に加入される際に必要となる書類です。つきましては、診断書各項目についてご記入くださいますようお願いいたします。

- 診断書を発行いただくにあたり、弊社との提携は必要ありません。
- 診断書は封筒に入れ厳封のうえ、ご本人様へお渡してください。
- 診断書の作成料は、ご本人様のご負担となりますので、ご本人様へご請求をお願いいたします。

## 診 断 書

|           |      |    |   |   |   |    |                         |                         |
|-----------|------|----|---|---|---|----|-------------------------|-------------------------|
| 受診者<br>氏名 | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="radio"/> 男 | <input type="radio"/> 女 |
|-----------|------|----|---|---|---|----|-------------------------|-------------------------|

下記検査をご実施いただき、結果をご記入ください。

|                  |                                 |                         |                         |       |     |      |   |   |       |      |    |     |    |   |   |   |    |                         |
|------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|-----|------|---|---|-------|------|----|-----|----|---|---|---|----|-------------------------|
| 血 圧              | ※降圧剤服用の場合には、降圧剤服用後の血圧値をご記入ください。 |                         |                         |       |     |      |   |   |       |      |    |     |    |   |   |   |    |                         |
|                  | 最高                              | mmHg                    |                         |       | 最低  | mmHg |   |   |       |      |    |     |    |   |   |   |    |                         |
| 尿 検 査            | 蛋白                              | -                       | ±                       | +     | ++  | +++  | 糖 | - | ±     | +    | ++ | +++ | 潜血 | - | ± | + | ++ | +++                     |
| HbA1c            | HbA1c %                         |                         |                         |       |     |      |   |   |       |      |    |     |    |   |   |   |    |                         |
| 肝臓機能<br>(○は○で囲む) | GOT                             | IU/l                    |                         |       | GPT | IU/l |   |   | γ-GTP | IU/l |    |     |    |   |   |   |    |                         |
|                  | HCV抗体                           | <input type="radio"/> + | <input type="radio"/> - | HBs抗原 |     |      |   |   |       |      |    |     |    |   |   |   |    | <input type="radio"/> + |

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| 上記のとおり診断します。 | 所在地                  |
| 20 年 月 日     | 病院または<br>診療所の<br>名 称 |
|              | 医師名                  |
|              | 印                    |

※訂正の場合は、必ず証明印にて訂正印を押してください。