

# 医療保険引受調査 アンケート用紙

**FAXNo 03-5714-7656**

下記2枚をプリントアウトの上、FAX願います。  
3枚目は別表ですのでFAXの必要はありません。

- ①HP記載の「ご利用にあたっての注意事項」「個人情報の取扱いについて」の内容に同意致します。 はい いいえ
- ②アンケートには病歴等を含みますので単なる資料請求のみの方はご利用できません。今回はご加入の検討ということでよろしかったでしょうか？ はい いいえ

※マークは必須項目です。

※ (フリガナ) お名前		※電話番号	— —
※ご生年月日	西暦 年 月 日	FAX番号	— —
※性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	携帯番号	
※ご住所	〒		
E-MAILアドレス (携帯不可)		※ご希望の 保険種目 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> がん保険 <input type="checkbox"/> 死亡保障 (積立) <input type="checkbox"/> 死亡保障 (掛捨て)

以下はすべて必須項目です。

今までにがん(白血病・肉腫・悪性リンパ腫等の悪性新生物を含みます)と診断された事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去5年以内に別表①(次ページ)の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去5年以内に、初診日から終診日まで7日以上にわたる医師の診察・検査・治療・投薬(定期的な診察、検査を含みます)を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去5年以内に手術や入院をされた事がありますか？ (帝王切開など妊娠、分娩に伴うものも含みます)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去2年以内に健康診断・がん検診・人間ドックを受けて、異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、視力(左右いずれかの矯正視力が0.3以下の場合をいいます)聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか？ または、手・足・指・関節・背骨(脊柱)についての欠損・変形または機能の障害がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(女性の方) 現在妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 上記で1つでも「はい」がある場合、下記にその詳細を病気ごとに入力願います。  
 (該当項目のみで結構です)(該当していても加入できる保険を探します)

①

病名 (検査名・ 指摘事項)	
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで  完治・治療中・検査中・経過観察中 (○をつけてください)
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
手術	手術名( ) 年 月 日
薬品名	薬品名( ) 服薬中・服薬終了 (○をつけてください) 頻度(1日3回など) ( )
健康診断 等の検査 結果	要経過観察・要再検査 要精密検査・要治療 (○をつけてください)  数値(血圧・血糖値等) ( )

②

病名 (検査名・ 指摘事項)	
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで  完治・治療中・検査中・経過観察中 (○をつけてください)
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
手術	手術名( ) 年 月 日
薬品名	薬品名( ) 服薬中・服薬終了 (○をつけてください) 頻度(1日3回など) ( )
健康診断 等の検査 結果	要経過観察・要再検査 要精密検査・要治療 (○をつけてください)  数値(血圧・血糖値等) ( )

※ 2つ以上有る場合は、コピーしてご利用下さい。

その他 特記事項があれば ご記入下さい。	
----------------------------	--

別表①

心臓・血圧の病気	狭心症	川崎病
	心筋こうそく	心筋症
	心臓弁膜症	高血圧
	先天性心臓病	不整脈
	左足ブロック	
脳・精神・神経の 病気	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)	
	精神疾患(統合失調症・うつ病を含む)	
	てんかん	脳動脈硬化症
	知的障害	不眠症
	自律神経失調症	認知症
	アルコール依存症	
肺・気管支の病気	ぜんそく	肺気腫
	慢性気管支炎	肺結核
	気管支拡張症	じん肺
胃腸の病気	胃かいよう	かいよう性大腸炎
	十二指腸かいよう	クローン病
肝臓・胆のう・ すい臓の病気	肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)	
	肝硬変	胆のう炎
	肝機能障害	すい臓炎
	胆石	
腎臓・尿路の病気	腎炎	腎臓結石
	ネフローゼ	尿管結石
	腎不全	前立腺疾患
	腎のう胞	
目の病気	白内障	角膜疾患
	緑内障	ぶどう膜炎
	網膜疾患(網膜色素変性症・眼底出血・網膜はく離を含む)	
がん・しゅよう	がん	ポリープ
	肉腫	上皮の異形成
	白血病	
	しゅよう(リンパ腫・子宮筋腫・卵巣のう腫を含む)	
右記に掲げる病気	糖尿病(境界型糖尿病を含む)	
	耐糖能異常	椎間板ヘルニア
	リウマチ	紫斑病
	こうげん病	子宮内膜症
	貧血症	乳腺症
	甲状腺疾患	不妊症