



損保ジャパン日本興亜
ひまわり生命保険株式会社

代理店研修資料
(募集時の使用厳禁)

2017年度 査定標準(基準)改定 告知書・診査報状改訂 説明資料

目次

1. 査定標準改定		P2
1	告知非該当事由の不問化拡大	P2
2	部位不担保の整理	P5
3	健康体料率適用の拡大	P6
4	医的資料提出要件の緩和	P7
5	個別疾患の調整	P8
2. 告知書・診査報状改訂		P12
1	告知書改訂	P12
2	告知サポート資料の改訂	P18
3	診査報状の改訂	P19
4	改訂対象帳票	P21
3. ペーパーレス申込手続きの修正		P23
1	告知書改訂に伴う文言修正および入力項目の変更	P24
2	健康診断検査項目の追加および検査結果欄修正	P26
3	自動査定対象疾患の追加	P28

1. 告知非該当事由の不問化拡大

告知非該当事由でも査定対象としていた、5年超の当社歴・クレーム歴^(※)、2年超の健康診断・人間ドック指摘および経過観察所見を不問としました。^(※一部例外あり)

■不問とした告知非該当事由

No.	告知非該当事由	査定判断	主な疾患例	備考／不問経緯
1	5年超の当社歴・クレーム歴	不問 ※一部例外あり (P.4の表を参照)	主な疾患例はP.3の表を参照	
2	2年超の健康診断・人間ドックでの指摘	一律不問	(例)3年前の定期健康診断にて肝機能検査で指摘を受けた	告知非該当事由につき不問
3	健康診断結果表・人間ドック成績表に記載の経過観察指摘所見	一律不問 ※ただし、血液検査結果や血圧値などの数値は、判定区分に関わらず数値で査定	(例)1年前の定期健康診断にて胃ポリープを指摘され1年に1回の経過観察を指示された	告知非該当事由につき不問

改定理由

■告知義務のない事由を査定対象としており、お客さまからの納得感を得ることが困難でした。
⇒上記理由より、上記の告知非該当事由について不問としました。

1. 告知非該当事由の不問化拡大

■5年超不問となった重篤疾患・慢性疾患例

以下の疾患は、従来全期間査定対象としていたが、当社歴やクレーム歴から5年経過した場合、**告知に該当しないことを前提**に不問とした一部疾患例です。

カ行	高脂血症	心筋炎	唾液腺腫瘍(顎下腺)	肺囊胞	網膜中心動脈閉塞症
川崎病	甲状腺機能低下症	心室中隔欠損症	唾液腺腫瘍(耳下腺)	橋本病	網膜動脈分枝閉塞症
肝機能障害	高尿酸血症	真珠腫性中耳炎	唾液腺腫瘍(舌下腺)	貧血(原因不明)	ヤ行
関節リウマチ	サ行	振戦	多発性神経線維腫症	浮腫	溶剤中毒
乾癬	サルコイドーシス	心肥大	WPW症候群	不整脈	ラ行
眼底出血	シェーベレン症候群	心房中隔欠損症	中枢性顔面神経麻痺	ベーチェット病	リウマチ様関節炎
肝囊胞	色素性乾皮症	水腎症	痛風	扁平苔癬	リンパ節腫
急性腎不全	耳硬化症	睡眠時無呼吸症候群	てんかん(癲癇)	マ行	レイノー症候群
強皮症	視神経炎	頭痛	天疱瘡	慢性甲状腺炎	レックリングハウゼン病
金属、化合物による中毒	縦隔腫瘍	成人スタイル病	ナ行	慢性進行性多発性関節炎	
高血圧症	重症筋無力症	全身性エリトマトーデス	難聴	網膜出血	
膠原病	硝子体出血	喘息	熱性けいれん	網膜静脈分枝閉塞症	
好酸球性肺炎	掌蹠膿疱症	タ行	ハ行	網膜中心静脈閉塞症	

※上記疾患以外にも不問とした疾患はあります。

1. 告知非該当事由の不問化拡大

■<例外>告知非該当事由を問うケース

以下の疾患は、告知日からの経過期間にかかわらず全期間引受不可または条件がつく疾患(※)です。

※「がん」、「保険金・給付金の支払実績の多い疾患群」、「一部重篤疾患」

ア行	黄斑変性症	血友病	上皮内癌(子宮)	精巣癌	糖尿病(I型)	パーキンソン病	慢性アルコール中毒
IgA腎症	力行	限局性腸炎	上皮内癌(大腸)	舌癌	糖尿病(II型)	肺癌	慢性気管支炎
悪性黒色腫	潰瘍性大腸炎	好酸球増加症	上皮内癌(皮膚)	セミノーマ	動脈硬化症	肺気腫	慢性腎炎
悪性絨毛上皮腫	覚醒剤中毒	好酸球増加症候群	上皮内癌(膀胱)	先天性股関節脱臼	ナ行	肺梗塞	慢性腎不全
悪性貧血	家族性高コレステロール血症	甲状腺癌	食道癌	前立腺癌	肉腫	肺線維症	慢性膀胱炎
悪性リンパ腫	肝硬変	後天性免疫不全症候群	食道静脈瘤	躁うつ病	乳癌	肺塞栓	メラノーマ
アミロイドーシス	間質性肺炎	喉頭癌	心筋梗塞	躁病	ネフローゼ症候群	白血病	網膜色素変性症
アルコール依存症	肝腫大	肛門癌	心筋症	タ行	脳血栓	バンチ症候群	モヤモヤ病
アルコール性肝炎	肝腫脹	骨腫	進行性筋ジストロフィー	大腸癌	脳梗塞	B型肝炎ウィルスキャリア	ヤ行
胃癌	冠状動脈硬化	骨髄異形成症候群	腎臓癌	大動脈瘤	脳出血	B型慢性肝炎	薬剤性肝障害
胃静脈瘤	肝臓癌	サ行	心臓弁膜症	ダウン症候群	脳腫瘍(下垂体腺腫)	脾腫	薬物中毒
一過性脳虚血発作	肝肥大	再生不良性(不能性)貧血	腎囊胞	多発性硬化症	脳腫瘍(髄膜腫)	皮膚癌	溶血性貧血
咽頭癌	冠不全	C型肝炎	深部静脈血栓症	胆管癌	脳腫瘍(星細胞腫)	非ホジキンリンパ腫	ラ行
ウィルソン病	狭心症	子宮癌	心房細動	胆嚢癌	脳動静脈奇形	ファロー四徴症	卵巣癌
うつ病	筋萎縮性側索硬化症	子宮頸癌	心房粗動	腫瘍	脳動静脈瘻	膀胱癌	緑内障
エイズ	くも膜下出血	自閉症	膵臓癌	直腸癌	脳動脈瘤	ホジキンリンパ腫	
HBVキャリア	クローン病	絨毛癌	水頭症	鉄欠乏性貧血	囊胞腎	マ行	
エコノミークラス症候群	血栓性血小板減少性紫斑病	上皮内癌(胃)	スモン	統合失調症	ハ行	麻薬中毒	

【要注意】上記疾患以外にも告知非該当事由を問う疾患はあります。

2. 部位不担保年数の整理

部位不担保年数を全治後等からの経過年数により**原則階段形式**へ変更しました。

■部位不担保年数の階段形式の変更例

疾患名	適用条件	改定前		改定後	
		適用条件	医療	適用条件	医療
子宮筋腫	未治療・経過観察中・治療中	手術なし	発見後	2年以内	不担保 (19番5年・38番5年)
				2年超5年以内	○
				5年超	○

改定理由

- 全治後や受診開始後等からの経過年数に関わらず不担保年数を一定(5年等)としていた
 - 経過年数に関わらず部位不担保年数が同一であることについて、お客さまからの納得感が得られませんでした。

⇒**お客さまへの説明や理解を得ることが困難であったため、改定により課題解決を図りました。**

※「緑内障・治療中」のように不担保期間が終身となる疾患や状態などは対象外となります。

※一般的な治療内容でない場合等には原則と異なる条件となるケースもあります。

3. 健康体料率適用の拡大

「高血圧症」、「高脂血症」で治療歴がある場合でも、治療によって適切に数値が管理されていれば非喫煙者健康体または喫煙者健康体料率の適用を可とします。

■以下の疾患で治療歴がある場合

高血圧症

高脂血症



治療によって適切に数値がコントロールされていれば、

治療中でも非喫煙者健康体または喫煙者健康体料率適用可とします。

※BMI、血圧の数値が健康体料率適用範囲内であることが前提です。

※治療コントロールできっていても、一般的な治療内容でない場合や他の告知等から健康体料率適用不可となるケースもあります。

改定理由

従来、BMI・血圧値が健康体料率範囲内でも非喫煙者標準体料率までしか適用できませんでした。

→治療により適切に数値が管理されていれば選択効果期間内で支払い発生率の差が少ないとから、治療中でも非喫煙者健康体または喫煙者健康体料率適用可としました。

4. 医的資料提出要件の緩和

医師扱において治療歴のある「高脂血症」、「高尿酸血症」、「貧血」について、直近の数値確認方法を健康診断結果表または治療先の検査結果の提出から告知のみで可とします。

■医師扱で以下の疾患で治療歴がある場合



直近の測定値の確認は告知のみで可とします。

※左記の疾患以外では資料提出を求める場合もあります。

■告知いただく際の注意点

<診査報状・一部抜粋>

告知詳細記入欄						
番号	傷病名・部位・原因	発病・受傷・検査年月	入院時期・期間	治療・検査内容	医療機関名	備考

*「高脂血症・脂質異常症」「高尿酸血症・痛風」「貧血」の場合、直近の測定値と測定時期をご記入ください(「記入例参照」)。
*「糖尿病」の場合、インスリン治療の有無を必ずご記入ください。
*手術ありの場合、手術名・術式を必ずご記入ください。
*全治の場合、全治年月を必ずご記入ください。

<イメージ拡大>

- ※「高脂血症・脂質異常症」「高尿酸血症・痛風」「貧血」の場合、直近の測定値と測定時期をご記入ください(「記入例参照」)。
- ※「糖尿病」の場合、インスリン治療の有無を必ずご記入ください。
- ※手術ありの場合、手術名・術式を必ずご記入ください。
- ※全治の場合、全治年月を必ずご記入ください。

注意点

診査報状にも測定時期、数値の記載が必要な旨明記していますが、これらの疾患の治療歴があるお客さまについては事前に直近の数値記載があるデータを確認のうえ、診査時にもれなく告知いただくようご案内をお願いいたします。数値等の告知がない場合には追加告知の不備となります。

※診査報状改定案内により嘱託医へ「注意喚起情報チラシ」を送付。

5. 個別疾患の見直し

【1】「不備削減」「告知のしやすさ」の観点から査定標準(基準)を変更した疾患
 以下の疾患について、告知書詳細記入欄にあらかじめ記載されている項目だけ
査定が完了できるように査定標準(基準)を変更しました。

疾患名	確認不要とした項目
脂肪腫	手術予定の有無
ポリープ	発見された経緯
子宮頸部異形成	詳細な検査結果(クラスなど)
網膜剥離・網膜裂孔・黄斑円孔・ 黄斑前膜・硝子体剥離	原因
ドライアイ	手術予定の有無
アトピー性／アレルギー性皮膚炎	顔面症状の有無
喘息	最終発作年月
貧血	原因 ※告知書に記載あるが不備が多いため
痛風	痛風発作回数と直近発作年月 ※告知書に記載あるが不備が多いため

※上記疾患以外では詳細な情報の告知を求めることがあります。

改定理由

疾患の中には、告知書詳細記入欄にあらかじめ記載されている項目に加えて、さらに詳細な情報の告知を必要としているものが多数ありました。
 ⇒告知するのが難しかったり、不備となるケースが多いため、「告知のしやすさ」「不備削減」の観点から、一部疾患について、査定標準(基準)を変更しました。

5. 個別疾患の見直し

【2】査定標準(基準)を緩和した疾患

要望の多かった一部疾患について査定標準(基準)を緩和しました。

お客さまに説明しやすい、納得感のある査定標準(基準)へ変更しました。

疾患名	適用条件		改訂前					改訂後					
			普通死亡	特定疾病	医療	がん	介護	普通死亡	特定疾病	医療	がん	介護	
逆流性食道炎 食道裂孔ヘルニア	未治療・経過観察中・治療中	手術なし	○	×	不担保 (7番5年・8番5年)	×	○	○	○	不担保 (7番3年)	○	○	
甲状腺機能亢進症 バセドウ病	経過観察中・治療中	手術なし	治療開始1年未満	特P	特P	×	○	×	○	○	不担保 (6番3年)	○	○
	経過観察中・治療中	手術なし	治療開始1年以上	削減	×	不担保 (6番5年)	○	○	○	○	不担保 (5番5年)	○	○
睡眠時無呼吸症候群	未治療・経過観察中・治療中	手術なし	CPAPあり	削減	×	×	○	×	○	○	不担保 (45番5年)	○	○

女性に多い疾患

月経異常 生理不順	未治療・経過観察中・治療中		○	○	不担保 (45番5年)	○	○	○	○	○	○	○	○
子癪 妊娠高血圧症候群 妊娠中毒症	全治	分娩後	全治後1ヶ月以内		×	×	×	○	×	×	○	×	○
			全治後1ヶ月超 1年以内	削減	×	不担保 (38番5年)	○	○	○	○	○	○	○

※上記疾患以外にも査定標準(基準)を緩和した疾患はあります。※適用条件は新引受のめやすを元に作成しています。

5. 個別疾患の見直し

【3】「引受のめやす」に掲載できるようになった疾患

医的引受照会にて照会の多かった以下の一部疾患について「引受のめやす」に追加掲載しました。
目安についての回答時間の短縮を目的としています。

■追加掲載疾患

疾患名	適用条件①	適用条件②		適用条件③		普通死亡	特定疾病	医療	がん	介護
乳腺のう胞	未治療・経過観察中・治療中	手術	なし	受診開始	1年以内	○	×	不担保(21番5年)	×	○
					1年超 2年以内	○	×	不担保(21番4年)	×	○
子宮頸部異型上皮 子宮頸部異形成	未治療・経過観察中・治療中	手術	なし	受診開始	2年以内	×	×	×	×	×
					2年超	削減	×	不担保(19番3年)	×	○
		あり				×	×	×	×	×
適応障害	未治療・経過観察中・治療中					×	×	×	○	×
		全治	入院	なし	全治後	1年以内	×	×	○	×
						1年超3年以内	特P	特P	○	×
飛蚊症	未治療・経過観察中・治療中					特高	特高	不担保(1番終身)	○	×
月経前症候群	未治療・経過観察中・治療中	入院	なし			○	○	○	○	○
			あり			仮査定	仮査定	仮査定	仮査定	仮査定

5. 個別疾患の見直し

疾患名	適用条件①		適用条件②	適用条件③	普通死亡	特定疾病	医療	がん	介護
チョコレートのう胞	未治療・経過観察中・治療中				○	○	不担保(45番5年)	○	○
変形性頸椎症 変形性腰椎症	未治療・経過観察中・治療中		手術なし		○	○	不担保(該当部位5年)	○	×
頸椎症性脊髄症 頸椎症性神経根症	未治療・経過観察中・治療中				○	○	不担保(23番5年)	○	×
肩こり	入院	なし			○	○	○	○	○
		あり			仮査定	仮査定	仮査定	仮査定	仮査定
切創(切傷) 裂創(裂傷) 擦過傷	未治療・経過観察中・治療中		手術なし		○	○	○	○	○
多汗症	手術	なし			○	○	×	○	○
		あり			○	○	○	○	○
冷え性	全期間				○	○	○	○	○

※引受のめやすの一部抜粋です。削除している部分があるためお客様への案内には使用しないでください。

告知書改訂

12

不備が多い、お客様に誤認されやすい等の理由から告知書の一部を改訂しました。
改訂内容は以下のとおりです。

〈告知書(一般用)新帳票〉

告知書(一般用)

投保ジャパン日本興亜ひまわり生命保険株式会社 宛

告知書裏面の貴社の個人情報の取扱(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同意します。

貴社が保険契約者(申込者)に対して、被保険者の告知内容・審査結果等を知らせること、および提出した告知書類は返却されないことに同意します。事前に告知サポート資料を確認したうえで記入し、事前に相違ありません。

告知日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
被保険者 氏名	<input type="text"/> (白番)
様	
貴社の保険契約に関する個人情報の取扱に同意します。	

以下の質問事項について「いいえ」「はい」「健康診断・人間ドックを受けていない」のいずれかに○をしてください。
また「-50歳の保険者の場合は」「場合、A」「B」「C」いずれかの所定の欄内に詳細内容をご記入ください。

告知を受けた多めの方

下表は代表例であり、お問い合わせのない病気等についても必ず記入して当社に相談する場合は、必ずお問い合わせください。(「のい」という診断も含みます)	
血圧・心臓の病気等	高血圧等・心臓の異常・不整脈
代謝・内分泌の病気等	糖尿病・甲状腺の病気等
腎炎・腎臓の病気等	腎炎・腎臓の異常
肝臓の病気等	肝臓・肝臓の異常
脳梗塞(いんきょうそく)等	脳梗塞・脳卒中・脳梗塞・脳梗塞の各部位
脳膜・カーティスの病気等	脳膜・カーティスの異常
耳鼻咽喉科の病気等	耳鼻咽喉科の異常
眼科の病気等	眼科の病気等
女性特有の病気等	女性特有の病気等
その他の病気等	その他の病気等

相談事項(すべての方)

被保険者の告知

①

1 最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の始方を含む)を受けたことがありますか。
▲【健診診断】人間ドック・精密検査・精密検査も含む】「異常指摘を受けなかったコントラクタレス等方の診・検・乳幼児健診・妊娠健診(正常妊娠)」は除きます。

A記入

B記入

C記入

D記入

E記入

F記入

G記入

H記入

I記入

J記入

K記入

L記入

M記入

N記入

O記入

P記入

Q記入

R記入

S記入

T記入

U記入

V記入

W記入

X記入

Y記入

Z記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

UU記入

VV記入

WW記入

XX記入

YY記入

ZZ記入

AA記入

BB記入

CC記入

DD記入

EE記入

FF記入

GG記入

HH記入

II記入

JJ記入

KK記入

LL記入

MM記入

NN記入

OO記入

PP記入

QQ記入

RR記入

SS記入

TT記入

告知書改訂

<告知書(限定告知医療用)新帳票>

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 5px;">告知書(払込期間中無解約返戻金限定告知医療保険専用)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>被保険ジャパン／日本興亜ひまわり生命保険株式会社 用 告知書改訂の旨を個人情報を取扱（第三者に提供することを含みます）について内容を確認し、同意します。 責任者が保険契約者（申込者）に対して、被保険者の告知内容、審査結果等を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。 事前に告知サポート資料を確認したうえで記入し、事実に沿うりません。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>申込番号</small> 例 - <small>記号番号</small> 例 - </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>被保険者 氏名</small> <small>性別</small> 例 男 <small>年齢</small> 例 年代 <small>捺印</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>(白墨) 青色の保険契約に関する個人情報の取扱に同意します。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>以下の質問事項について「いいえ」「はい」のいずれかに○をしてください。 また質問事項③・④の告知が「はい」の場合、所定の欄内に詳細内容をご記入ください。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 質問事項(すべての方) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">質問事項</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">被保険者の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">1</td> <td colspan="2"> <small>今後3か月以内に、入院または手術の予定（入院または手術をすすめられている場合や医師と相談している場合を含む）があります。</small> <small>▲病気やけがが限らず、今後3か月以内に入院または手術の予定があれば告知が必要です。また医師に今後3か月以内に入院または手術をすすめられている場合、相談している場合は各項目が必要です。</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="2"> <small>過去5年以内に、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）、上皮内がん・肝硬変（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「がん」には、白血病・骨髓腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。 ▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、がん・上皮内がん・肝硬変ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。 ▲悪性の心臓の病気（心筋梗塞など）から、過去5年以内に肝硬変で手術していると医師に診断（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）されたいる場合は告知が必要です。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td colspan="2"> <small>過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「入院」は人間ドックを受診するための入院を除ます。「手術」にはレーザー・内視鏡・カーテルによるものを含みます。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td colspan="2"> <small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> </tbody> </table> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <small>詳細内容</small> 質問事項③の告知が「はい」の場合、詳細内容をご記入ください。 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>質問事項(三大疾病支払日数免除特約または限定告知医療用特定疾病診療料免除特約を付加される場合のみ)</small> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">質問事項</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">被保険者の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">4</td> <td colspan="2"> <small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> </tbody> </table> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <small>詳細内容</small> 質問事項④の告知が「はい」の場合、「あり」「なし」のいずれかに○をしてください。 </td> </tr> </table>	告知書(払込期間中無解約返戻金限定告知医療保険専用)		<small>被保険ジャパン／日本興亜ひまわり生命保険株式会社 用 告知書改訂の旨を個人情報を取扱（第三者に提供することを含みます）について内容を確認し、同意します。 責任者が保険契約者（申込者）に対して、被保険者の告知内容、審査結果等を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。 事前に告知サポート資料を確認したうえで記入し、事実に沿うりません。</small>		<small>申込番号</small> 例 - <small>記号番号</small> 例 -		<small>被保険者 氏名</small> <small>性別</small> 例 男 <small>年齢</small> 例 年代 <small>捺印</small>		<small>(白墨) 青色の保険契約に関する個人情報の取扱に同意します。</small>		<small>以下の質問事項について「いいえ」「はい」のいずれかに○をしてください。 また質問事項③・④の告知が「はい」の場合、所定の欄内に詳細内容をご記入ください。</small>		質問事項(すべての方) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">質問事項</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">被保険者の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">1</td> <td colspan="2"> <small>今後3か月以内に、入院または手術の予定（入院または手術をすすめられている場合や医師と相談している場合を含む）があります。</small> <small>▲病気やけがが限らず、今後3か月以内に入院または手術の予定があれば告知が必要です。また医師に今後3か月以内に入院または手術をすすめられている場合、相談している場合は各項目が必要です。</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="2"> <small>過去5年以内に、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）、上皮内がん・肝硬変（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「がん」には、白血病・骨髓腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。 ▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、がん・上皮内がん・肝硬変ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。 ▲悪性の心臓の病気（心筋梗塞など）から、過去5年以内に肝硬変で手術していると医師に診断（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）されたいる場合は告知が必要です。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td colspan="2"> <small>過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「入院」は人間ドックを受診するための入院を除ます。「手術」にはレーザー・内視鏡・カーテルによるものを含みます。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td colspan="2"> <small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> </tbody> </table>		質問事項		被保険者の告知		1	<small>今後3か月以内に、入院または手術の予定（入院または手術をすすめられている場合や医師と相談している場合を含む）があります。</small> <small>▲病気やけがが限らず、今後3か月以内に入院または手術の予定があれば告知が必要です。また医師に今後3か月以内に入院または手術をすすめられている場合、相談している場合は各項目が必要です。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	2	<small>過去5年以内に、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）、上皮内がん・肝硬変（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「がん」には、白血病・骨髓腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。 ▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、がん・上皮内がん・肝硬変ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。 ▲悪性の心臓の病気（心筋梗塞など）から、過去5年以内に肝硬変で手術していると医師に診断（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）されたいる場合は告知が必要です。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	3	<small>過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「入院」は人間ドックを受診するための入院を除ます。「手術」にはレーザー・内視鏡・カーテルによるものを含みます。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	4	<small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	<small>詳細内容</small> 質問事項③の告知が「はい」の場合、詳細内容をご記入ください。		<small>質問事項(三大疾病支払日数免除特約または限定告知医療用特定疾病診療料免除特約を付加される場合のみ)</small> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">質問事項</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">被保険者の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">4</td> <td colspan="2"> <small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> </tbody> </table>		質問事項		被保険者の告知		4	<small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	<small>詳細内容</small> 質問事項④の告知が「はい」の場合、「あり」「なし」のいずれかに○をしてください。		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>病気やけがの正式診断名</small> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">部位</td> <td style="width: 50%;">検査名</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>医療機関名</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>受診開始時期</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>年 月 から</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>現在の状況</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>年 月</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>手術時期・手術名・部位</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>年 月</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <small>後遺症・合併症</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>詳細内容</small> </td> </tr> </table>	<small>病気やけがの正式診断名</small>		部位	検査名	<small>医療機関名</small>		<small>受診開始時期</small>		<small>年 月 から</small>		<small>現在の状況</small>		<small>年 月</small>		<small>手術時期・手術名・部位</small>		<small>年 月</small>		<small>後遺症・合併症</small>		<small>詳細内容</small>	
告知書(払込期間中無解約返戻金限定告知医療保険専用)																																																																							
<small>被保険ジャパン／日本興亜ひまわり生命保険株式会社 用 告知書改訂の旨を個人情報を取扱（第三者に提供することを含みます）について内容を確認し、同意します。 責任者が保険契約者（申込者）に対して、被保険者の告知内容、審査結果等を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。 事前に告知サポート資料を確認したうえで記入し、事実に沿うりません。</small>																																																																							
<small>申込番号</small> 例 - <small>記号番号</small> 例 -																																																																							
<small>被保険者 氏名</small> <small>性別</small> 例 男 <small>年齢</small> 例 年代 <small>捺印</small>																																																																							
<small>(白墨) 青色の保険契約に関する個人情報の取扱に同意します。</small>																																																																							
<small>以下の質問事項について「いいえ」「はい」のいずれかに○をしてください。 また質問事項③・④の告知が「はい」の場合、所定の欄内に詳細内容をご記入ください。</small>																																																																							
質問事項(すべての方) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">質問事項</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">被保険者の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">1</td> <td colspan="2"> <small>今後3か月以内に、入院または手術の予定（入院または手術をすすめられている場合や医師と相談している場合を含む）があります。</small> <small>▲病気やけがが限らず、今後3か月以内に入院または手術の予定があれば告知が必要です。また医師に今後3か月以内に入院または手術をすすめられている場合、相談している場合は各項目が必要です。</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="2"> <small>過去5年以内に、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）、上皮内がん・肝硬変（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「がん」には、白血病・骨髓腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。 ▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、がん・上皮内がん・肝硬変ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。 ▲悪性の心臓の病気（心筋梗塞など）から、過去5年以内に肝硬変で手術していると医師に診断（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）されたいる場合は告知が必要です。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td colspan="2"> <small>過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「入院」は人間ドックを受診するための入院を除ます。「手術」にはレーザー・内視鏡・カーテルによるものを含みます。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td colspan="2"> <small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> </tbody> </table>		質問事項		被保険者の告知		1	<small>今後3か月以内に、入院または手術の予定（入院または手術をすすめられている場合や医師と相談している場合を含む）があります。</small> <small>▲病気やけがが限らず、今後3か月以内に入院または手術の予定があれば告知が必要です。また医師に今後3か月以内に入院または手術をすすめられている場合、相談している場合は各項目が必要です。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	2	<small>過去5年以内に、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）、上皮内がん・肝硬変（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「がん」には、白血病・骨髓腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。 ▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、がん・上皮内がん・肝硬変ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。 ▲悪性の心臓の病気（心筋梗塞など）から、過去5年以内に肝硬変で手術していると医師に診断（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）されたいる場合は告知が必要です。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	3	<small>過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「入院」は人間ドックを受診するための入院を除ます。「手術」にはレーザー・内視鏡・カーテルによるものを含みます。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	4	<small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	<small>詳細内容</small> 質問事項③の告知が「はい」の場合、詳細内容をご記入ください。																																																	
質問事項		被保険者の告知																																																																					
1	<small>今後3か月以内に、入院または手術の予定（入院または手術をすすめられている場合や医師と相談している場合を含む）があります。</small> <small>▲病気やけがが限らず、今後3か月以内に入院または手術の予定があれば告知が必要です。また医師に今後3か月以内に入院または手術をすすめられている場合、相談している場合は各項目が必要です。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい																																																																				
2	<small>過去5年以内に、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）、上皮内がん・肝硬変（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「がん」には、白血病・骨髓腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。 ▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、がん・上皮内がん・肝硬変ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。 ▲悪性の心臓の病気（心筋梗塞など）から、過去5年以内に肝硬変で手術していると医師に診断（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）されたいる場合は告知が必要です。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい																																																																				
3	<small>過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲「入院」は人間ドックを受診するための入院を除ます。「手術」にはレーザー・内視鏡・カーテルによるものを含みます。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい																																																																				
4	<small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい																																																																				
<small>質問事項(三大疾病支払日数免除特約または限定告知医療用特定疾病診療料免除特約を付加される場合のみ)</small> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">質問事項</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">被保険者の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">4</td> <td colspan="2"> <small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい </td> </tr> </tbody> </table>		質問事項		被保険者の告知		4	<small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい	<small>詳細内容</small> 質問事項④の告知が「はい」の場合、「あり」「なし」のいずれかに○をしてください。																																																													
質問事項		被保険者の告知																																																																					
4	<small>過去2年内に、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞（いすれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（基の処方を含む）または入院、手術を受けたことがありますか。</small> <small>▲疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳梗塞ではないと診断されている場合は「いいえ」の回答となります。</small>		<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい																																																																				
<small>病気やけがの正式診断名</small>																																																																							
部位	検査名																																																																						
<small>医療機関名</small>																																																																							
<small>受診開始時期</small>																																																																							
<small>年 月 から</small>																																																																							
<small>現在の状況</small>																																																																							
<small>年 月</small>																																																																							
<small>手術時期・手術名・部位</small>																																																																							
<small>年 月</small>																																																																							
<small>後遺症・合併症</small>																																																																							
<small>詳細内容</small>																																																																							
<small>上記欄内に記入できない質問等の詳細、検査結果等につき以上の詳細内容がある場合、下記スペースにご記入ください。</small>				<small>登録済付日</small> <small>記入欄番号</small> <small>追加・両色印</small> <small>詳細別紙あり</small>																																																																			
				<small>1711203</small>																																																																			

告知書改訂

項目

改訂のポイント

①

質問事項1の質問内容

「健康診断・人間ドック(再検査・精密検査も含む)」「異常指摘を受けなかったコンタクトレンズ処方時の検診・乳幼児健診・妊婦健診(正常妊娠)」を質問事項1から除外

1

最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。
⚠ 「健康診断・人間ドック(再検査・精密検査も含む)」「異常指摘を受けなかったコンタクトレンズ処方時の検診・乳幼児健診・妊婦健診(正常妊娠)」は除きます。

②

「高尿酸血症・痛風」「貧血」の詳細欄

「痛風発作回数」「直近発作年月」「原因」の記入欄を削除

<改訂前>

高尿酸血症・痛風		貧血	
尿酸(UA)	(mg/dl)	ヘモグロビン(Hb)	(g/dl)
痛風発作回数(過去)	回)	赤血球数(RBC)	(10 ⁶ /μl)
直近発作年月(年月)		原因 ①鉄欠乏性 ②不明 ③その他()	
平成 年 月		平成 年 月	

<改訂後>

高尿酸血症・痛風		貧血	
尿酸(UA)	(mg/dl)	ヘモグロビン(Hb)	(g/dl)
		赤血球数(RBC)	(10 ⁶ /μl)
平成 年 月		平成 年 月	

改訂理由

不備削減、告知のしやすさの観点から査定標準(基準)を変更し、告知記入欄も改訂しました。

③

詳細A欄の受診開始時期欄

「受診開始時期」へ一本化

<改訂前>

発病・受傷時期	年	月
診察・検査・治療・投薬を開始した時期	年	月 から

<改訂後>

受診開始時期	年	月 から
--------	---	------

告知書改訂

項目

改訂のポイント

「自らの判断で治療中断」の選択肢を現在の状況欄から削除。

■告知のポイント

自らの判断で治療中断した場合は、以下のとおり判断のうえ告知してください。

1 医師から再診を指示されるも再診しなかった→「経過観察中」に○

2 医師から症状が治ったら再診不要と言われ、症状が治ったので再診しなかった→「全治」に○

<改訂前>

現在の状況	<input type="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 自らの判断で治療中断 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中	时期をご記入ください。
		年 月

<改訂後>

現在の状況	<input type="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中	全治时期
		年 月

④ 詳細A欄の現在の状況欄

*上記の変更に伴い、第2項の注意文言を変更。

過去5年以内の病気やけがについておうかがいします。 ①入院したこと、または手術を受けたことがありますか。 ▲「入院」には人園ドックのための「入院」は除きます。「手術」とはレーザー・内視鏡・カテーテルによるものを含みます。 ②7日間以上にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは7日分以上の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。 ▲「7日間以上」とは、初診から最後に診察を受けた日が7日間以上である場合を指します。 再検査・精密検査・定期的な検査・診察を受けている場合も告知が必要です。	記入例のポイントをご確認ください。
	<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> はい

改訂理由

■「自らの判断で治療中断」は「治療中」と同様の査定評価としていた
 ■一方で、上記「2」のようなケースも「自らの判断で治療中断」と誤認し告知されるケースが多くかった
 ⇒お客様にとって正しい告知ができるよう、分かりやすい選択肢に改訂しました。

告知書改訂

項目

改訂のポイント

再・精密検査結果をお客さまが正しく選びやすいよう、5択から2択へ変更。

■告知のポイント

1

再・精密検査の結果、「今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要なし」と診断された場合は具体的な検査内容や結果は問わず、原則不問とします。

2

再・精密検査の結果、「今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要」と診断された場合のみ、査定対象とします。

<改訂前>

質問事項4の 再・精密検査 結果欄

⑤

詳細内容1		
健康診断・人間ドック受診時期	平成 年 月	
検査機関名・医療機関名		
異常を指摘された検査・部位	a	
異常指摘の詳細・項目・数値・所見	b	
検査受診時期	平成 年 月	
検査機関名・医療機関名		
再検査・精密検査を受けた場合に記入ください。		
検査の内容	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 血圧検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> レンゲン検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 眼圧検査 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> エコー(超音波)検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> その他 → ()	
検査の結果	①治療を指示された。 ②経過観察を指示された。 ③指摘はあるが治療の必要はないと診断された。 ④その他() ⑤異常はないと診断された。 ▲「異常はない」とは、何も所見がなく経過観察の指示も受けいないことを指します。	
検査の指摘詳細・項目・数値	右表参照 b 上記が①～④の場合ご記入ください。	

1

不問査定
現行の「異常なし」にあたる。これ以上詳細は問わずに不問とする。

2

査定対象
ここに該当する場合のみ、結果について詳細を求める。

<改訂後>

詳細内容1		詳細内容2	
健康診断・人間ドック受診時期	平成 29 年 6 月	平成 29 年 6 月	
検査名と検査結果について右表の記入例を参照してご記入ください。			
検査名・部位			
血液検査(肝機能)	乳腺超音波検査		
検査結果(数値・所見)	検査結果(数値・所見)		
AST32、ALT52、r-GTP89	しこりの指摘		
再検査・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。			
診査時期	平成 29 年 12 月	平成 29 年 7 月	
下記①、②のいずれかに○をしてください。	下記①、②のいずれかに○をしてください。		
① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた	① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた		
② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた	② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた		
再・精密検査について			
検査名・部位			
検査結果(数値・所見)	検査結果(数値・所見)		
具体的な指示内容	具体的な指示内容		
念のため1年後に来るよういわれた。			
検査名・部位			
エコー検査、マンモグラフィー検査	乳腺のう胞		
検査結果(数値・所見)	具体的な指示内容		

告知書改訂

項目

改訂のポイント

⑤

質問事項4の
再・精密検査
結果欄

改訂理由

- 再・精密検査結果「異常なし」と告知があっても、健康診断時の指摘内容や検査の内容から、不問とできなかったケースがありました
 - 指摘はあるが治療の必要がないものを「異常なし」と誤認(実態は経過観察)して告知しているケースがありました
- ⇒お客様より理解を得やすいよう、また正しい告知ができるよう告知書改訂により課題解決を図りました。

告知サポート資料の改訂

特に告知忘れが多い「白内障」に関する注意喚起文言を追加しました。

＜告知書(一般用) 新帳票＞

目に関する疾患 50歳以上のお客さまは特にご注意ください。

白内障・緑内障

症状緩和のため、医師から目薬を処方されていた。

告知サポート資料右面の「告知忘れが多い事例」の「白内障」欄に
高齢者のお客さまへの注意喚起として
「50歳以上のお客さまは特にご注意ください。」
の文言を追加しました。

※ペーパーレス申込手続き画面も同様に注意喚起文言を追加します。

＜告知書(限定告知医療用) 新帳票＞

手術の予定

- ・内視鏡検査でポリープが見つかり、医師から手術をすすめられている。
 - ・白内障で授業（目薬）による治療を受けていたが、症状の改善がみられないため、医師から手術をすすめられている。**50歳以上のお客さまは特にご注意ください。**

診査報状の改訂

医師扱の「医的資料提出緩和」(P7参照)、帳票の不備削減・簡素化を目的とし、診査報状の一部を改訂しました。改訂内容は以下のとおりです。

〈診查依頼書 新帳票〉

2293202

診査依頼書

診査医殿

様の診査のお願い

1.当社生命保険加入のため、下記の項目（□印をつけたもの）につき、診査あら頼い申し上げます。

- 一般検査（検査項目は第1～7項、検査料）
- 脳梗塞検査8項（集団一時金特約を付加している方）

- ① 心電図検査（安静時、標準12導検査）
※心電図の検査にて異常所見有り、受診者氏名をご記入いただき、診査報紙とともに原本の送付をお願い申し上げます。
- ④ 血液検査（次の全血液検査）
 - 〔参考値〕 AST(GOT), ALT(GPT), γ-GTP, ALP, LDH, 酸性ビルビン
〔測定〕 血清コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
〔測定〕 血清HbA1c

※診査結果として原本の送付をお願い申し上げます。
- ⑤ 所歴検査（HBs抗原、HCV抗体）
※検査結果とともに原本の送付をお願い申し上げます。
- ⑥ 特殊検査（尿細胞X線、尿蛋白検査、尿潜血検査）
※検査費用は別途ご負担となります。検査影写その他の書類（第34項）の「特殊検査料」へ記入をお願い申し上げます。
- ⑦ 一般検査（みる検査）
上記②～⑥に□印をつけた検査のみ実施のため、告知書・診査料の書類欄内（第8～9頁、第12～24頁）の記入は不要です。
- ⑧ その他

2.診査時の本人確認について

①診査受付時に「ご本人が提出する明細書を併せてください」とおたずねいたします。「直通料金証」「パスポート」「手帳等裏面印鑑欄」と記載の個人情報を確認し申立てます。

②専用封筒にて提出する場合は、専用封筒の裏面印鑑欄にて個人情報を記載して下さい。万が一、忘れて持参しなかった場合、万が一持参した方等についても、専用封筒にて提出して下さいとお問い合わせ下さい。

③専用封筒は提出する個人情報を記載して下さいとお問い合わせ下さい。

専用封筒の裏面印鑑欄にて提出する場合は、専用封筒裏面印鑑欄にて提出して下さい。

3.同行者の有無について

①同行者は「当社代理店（販賣店）」または当社員が同行した場合は必ず確認いただき、診査書上部の同行者欄（第11項）の該欄項目に○をして下さい。

4.診査報紙状況にあたってのご注意

○各項目の確認

■問診項目は必ずて先生が口頭で質問し、受診者が口頭で答を知りたいとおいてください。

口頭で答を知りたい内容は先生が答を書式に記入ください。

○被検査者の回答

先生が記入された各項目内容を受診時にご質問いただき、記入内容に誤りがないこと、各知るがれがないことを受診者が確認して下さい。各自名、氏名、生年月日などの記入をおこなってください。

○検査料

各知るがれの「被検査者検査」は受診者へ必ずお渡しください。

◆会員登記欄

<input checked="" type="checkbox"/>	○ 健康性検査健康体格検査料を希望する
<input checked="" type="checkbox"/>	○ 健康性検査標準体格検査料を希望する
<input checked="" type="checkbox"/>	○ 健康性検査標準体格検査料を希望する
<input type="checkbox"/>	○ 希望しない

新規	再診(要事前申請)	変更
----	-----------	----

<診査医殿>

診査依頼書は、診査報紙・各種検査結果とともに専用封筒にて送付願います。

振込用紙(日本興業ゆめわたり生命保険株式会社)

(071)6202-0073/073-6900-1488

- ① 一般診査(質問事項第0項~7項、検診)
○ 質問事項第8項・第9項(介護一時金特約を付加している方)

①一般診査欄に
「質問事項第8項・第9項(介護一時金特約を付加している方)」
を追加しました。

⇒介護一時金特約を付加する場合、必ずこの欄に○をし、
診査医に連携してください。

診査報状の改訂

<告知書(診査報状) 新帳票>

お書きなさい。

告知書(診査報状)

保険ジャパン日本興業ひまわり生命保険株式会社 兼
事前に色々サポート、資料を確認してうえこの書類にとづけ診査医からの質問に
答えてください。内容を誤りで記入された場合は訂正できません。
必ず日付(年月日)に記入して下さい。
被保険者(被保険者)の個人情報を保護するため、被保険者の氏名、会社に対しわたくしの健康状態などを
報告する旨を記入せん。

貴社の個人情報(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同
じく貴社が保険契約(申込者)に対して、被保険者の告知内容、書類提出等を知らせ
ることにより提出した告知書類の審査は返却されないことに同意します。

告日 平成 年 月 日

性別 男 女 年収 万円

被保険者 氏名 (自署)
様 貴社の保険契約に準じる個人情報の取扱いに同意します。

※登録番号ごとに個人情報の取扱い規則を記載しています。

以下の被保険者への質問事項について、いすれか一つをしてください。
また8~9を除き、被保険者の告知が「いいえ」(異常指摘あり)の場合、告知詳細記入欄内に詳細内容をご記入ください。

被保険者の状況	被保険者の告知
0 最近1週間以内で、からだに異常の感じたことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
1 最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
2 過去5ヶ月以内に、胸痛や心が、人間したことがありますか。 過去5ヶ月以内に、胸痛や心が、 7日間以上 にわたる診療による診察・検査・治療、あるいは 7日以内 の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
3 今までに、がん(悪性生物学的悪性腫瘍)または上皮内がんにかかったことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
4 過去2年以内に、検査結果・人間ドックを受けて、異常(再発検査・要精査検査・要治療)を 発見されたことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
5-0 強力・普通・軽度・しきり機能に障がいがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
5-1 手・足・脚について欠損または機能に障がいがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
5-2 稽留(持続)に便もや障がいがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
6 過去1年内に、歯科検査を受けましたか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
7 現在、妊娠していますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
問合せ先 8 退院後、以下1~3の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具が必要と ります。①歩行 ②立位の看護 ③食事 ④排泄	
9 40歳以上の方 にあてられます。今までに、公的介護保険制度の要介護認定を受けたことがあります ます。または、現在、認定申請を行っています。	

告知詳細記入欄

※高脂血症・脂質異常症・高尿酸血症・痛風・貧血の場合は、最近の測定値と測定期間をご記入ください(記入例参照)。
※糖尿病の場合は、インスリン治療の有無を必ず記入ください。
※手術ありの場合は、手術名・手術も必ず記入ください。
※他の場合、手術名・手術も必ず記入ください。

検診書は裏面です。

<改訂前>

の16 女性以上	7 現在、妊娠していますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
8 過去5年以内に、子宮・卵巣・乳房の病気で、 入院 したことまたは 手術 を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	
9 過去5年以内に、子宮・卵巣・乳房の病気で、 7日間以上 にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは 7日以内 の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	

<改訂後>

の16 女性以上	7 現在、妊娠していますか。	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
-------------	----------------	--

質問事項8・9を削除しました。

(②-1、②-2と重複していたため。)

<改訂前>

告知詳細記入欄						
担当 番号	傷病名・部位・原因	発病・受傷・検査年月	入院時期・期間	治療・検査内容	医療機関名	現在の状況・全治年月
..					手術ありの場合、手術名・術式を必ず記入ください。 糖尿病の場合、インスリン治療の有無を必ず記入ください。	全治の場合、全治年月を必ず記入ください。

<改訂後>

告知詳細記入欄						
担当 番号	傷病名・部位・原因	発病・受傷・検査年月	入院時期・期間	治療・検査内容	医療機関名	現在の状況・全治年月
..					手術ありの場合、手術名・術式を必ず記入ください。 糖尿病の場合、インスリン治療の有無を必ず記入ください。 手術ありの場合、手術名・手術も必ず記入ください。	全治の場合、全治年月を必ず記入ください。

記入欄の赤字文言の位置を移動し、「医的資料提出要件の緩和」より、以下の文言追加しました。

※「高脂血症・脂質異常症」「高尿酸血症・痛風」「貧血」の場合、直近の測定値と測定時期をご記入ください(「記入例参照」)。

改訂対象帳票

改訂帳票は以下のとおりです。

<新契約部帳票>

印刷物番号	現行バージョン番号	改訂後バージョン番号	印刷物名称	備考
800378	0601	0700	告知書(こども保険専用)	
801036	0601	0700	告知書(長期傷害保険専用)	
801368	0601	0700	告知詳細記入欄【別紙】	
801869	0600	0700	告知事項確認書(医師扱)	
802188	1000	1100	引受のめやす	<ul style="list-style-type: none"> ●即日使用可能。 (告知日が2018年2月26日以降～使用可能。) ●旧帳票使用期限:2018年4月1日 <p>※旧帳票の使用期限を超過して使用した場合 でも不備とはしませんが、旧告知書記載内容に 応じた医務査定を行います。</p>
802362	0401	0500	告知書(家族同時告知用)【契約内容変更用】	
802482	0402	0500	告知書(がん保険専用)	
870319	0700	0800	診査報状	
870322	0600	0700	診査手控	
870606	0800	0900	告知書(一般用)	
890486	0102	0200	告知書(払込期間中無解約返戻金限定告知医療保険専用)	

改訂対象帳票

<契約サービス部帳票（復活申込書兼告知書）>

印刷物番号	現行バージョン番号	改訂後バージョン番号	印刷物名称	備考
801764	1100	1200	復活申込書兼告知書(一般用)	
801766	0900	1000	復活申込書兼告知書(長期傷害保険用)	
801768	0900	1000	復活申込書兼告知書(こども保険用)	
801767	1100	1200	復活申込書兼告知書(限定告知型医療保険用)	
890498	0300	0400	復活申込書兼告知書(払込期間中無解約返戻金限定告知医療保険用)	<ul style="list-style-type: none"> ●即日使用可能。 (復活告知日が2018年2月26日以降～使用可能。) ●旧帳票使用期限:2018年4月1日 <p>※旧帳票の使用期限を超過して使用した場合でも不備とはしませんが、旧告知書記載内容に応じた医務査定を行います。</p>
802917	0500	0600	復活請求書兼告知書(旧日本興亜生命専用)	

査定標準改定に伴うペーパーレス申込手続きの修正

■査定標準改定や告知書改訂に伴い、ペーパーレス申込手続きの「4. 健康状態に関する告知」ブロックについて下表のとおり修正を行います。※対象は限定告知医療以外

項目	内容	該当ページ
1 告知書改訂に伴う文言修正および入力項目の変更	<ul style="list-style-type: none"> 告知書の改訂に伴い、告知第1項、第2項および第4項の選択の際に表示される各項の説明について、帳票に合わせて文言の修正を行います。 4項の詳細告知変更に伴い、詳細告知の入力項目を変更します。 	24・25
2 健康診断検査項目の追加および検査結果欄修正	<ul style="list-style-type: none"> 4項指摘項目の際に血液検査から「白血球」を選択できるようにします。 血液検査>肝機能を選択した際に表示される検査結果の入力画面から「総ビリルビン」を削除します。 検査方法>細胞診を選択した際の検査結果入力を不要とします。 	26・27
3 自動査定可能な傷病の追加	傷病の告知頻度および査定標準改定に伴い「睡眠時無呼吸症候群」や「切迫早産」などの疾患を自動査定対象傷病に追加します。	28
4 0歳児自動査定追加	これまで自動査定対象外としていた0歳児についても自動査定対象とします。	—

1. 告知書改訂に伴う文言修正および入力項目の変更

■告知書改訂に伴い下記赤枠内の文言を変更します。
※画像は変更後のものです。

<1> 告知第1項

ここまで内容を確認・修正

第1項

最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。

- 最近3か月以内に、「医師にみてもらった」事実があれば、「はい」の告知が必要です。
ただし、第4項に該当する検査「を受診したこと」については第1項での「はい」の告知は不要です。
※健康診断・人間ドック・自覚症状等がなく健康診断の一環として自発的に受診したがん検査・脳ドック・PET検査および、その再検査・精密検査
- コンタクトレンズ処方時の検診・乳幼児健診・妊婦健診で、異常指摘を受けていない場合、「いいえ」の告知となります。(正常妊娠についても「いいえ」の告知となります。)

告知忘れが多い病気など
※下表は代表例であり、表中に記載のない病気などについても、質問事項に該当する場合は、必ず告知してください。(「～の疑い」という診断も含みます。)

文言変更

<2> 告知第2項→「7日間以上」とは?

ここまで内容を確認・修正

第2項

過去5年以内の病気やけがについておうかがいします。

<1> 入院したこと、または手術を受けたことがありますか。
<2> 7日間以上にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは7日分以上の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。

① 「入院」とは? ② 「手術」とは? ③ 「7日間以上」とは?

※これより前の項目(第1項 最近3か月以内の医師による診察・検査・治療・投薬に関する質問)で入力した内容でも、該当する場合は「はい」を押してください。

※ <1> または<2>のいずれかに該当する場合も「はい」を押してください。

<3> 告知第4項

第4項

過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けたことがありますか。

「健康診断・人間ドック」とは健康維持・病気の早期発見のための診察・検査をいい、自発的に受診した「基本健康診査」「がん検査」「脳ドック」「PET検査」などの検診や検査を含みます。

▶ はい ▶ いいえ

第4項

過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。

- 過去2年以内の健康診断・人間ドックで、「異常の指摘を受けた」事実があれば、「はい」の告知が必要です。
- その後の再検査や精密検査で「今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた」場合でも、「はい」の告知が必要です。

▶ はい ▶ いいえ

文言変更

「7日間以上」とは?

- 初診から最後に診察を受けた日が7日間以上である場合を指します。
- 再検査・精密検査・定期的な検査・診察を受けている場合や、医師から再診を指示されていながら通院できなかつた、通院しなかつた場合も、告知が必要です。
- 通院回数にかかわらず、初診から最後に診察を受けた日が7日間以上である場合、定期的に検査・通院している場合なども、「はい」の告知が必要です。

文言変更

1. 告知書改訂に伴う文言修正および入力項目の変更

■ 告知書改訂に伴い赤枠内の質問内容および回答(選択肢)を変更します。

<改訂前>

「血液検査（肝機能）」の詳細をご入力ください。

AST (GOT)	<input type="text"/> IU／l	<input type="checkbox"/> 不明
ALT (GPT)	<input type="text"/> IU／l	<input type="checkbox"/> 不明
γ-GTP	<input type="text"/> IU／l	<input type="checkbox"/> 不明
総ビリルビン	<input type="text"/> mg/dl	<input type="checkbox"/> 不明
その他	<input type="text"/>	

検査項目不明

受診時期

受診機関名 任意 例：ひまわり病院

指摘された内容 診察検査 精密検査 薬治療 その他

再検査を受けましたか? 受けた 受けていない

再検査方法 血液検査 CT検査 MRI検査
 X線検査 エコー検査 その他
 再検査方法不明

再検査時期

再検査受診機関 健康診断・人間ドック受診機関と同じ 健康診断・人間ドック受診機関と別

再検査の指摘結果 治療が指示された 経過観察を指示された 異常がないと診断された
 症状はあるが治療の必要はないと言われた その他

再検査結果 再検査を受けた項目のみ 不明

<改訂後>

過去2年以内の健康診断・人間ドックの異常(要再検査・要精密検査・要治療)の指摘

「血液検査（肝機能）」の詳細をご入力ください。

AST (GOT)	<input type="text"/> IU／l	<input type="checkbox"/> 不明
ALT (GPT)	<input type="text"/> IU／l	<input type="checkbox"/> 不明
γ-GTP	<input type="text"/> IU／l	<input type="checkbox"/> 不明
その他	<input type="text"/>	

検査項目不明

受診時期 平成30(2018)年4月

再検査の実施 受けた 受けていない

再検査時期 平成30(2018)年4月

再検査の診断 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた

検査方法 血液検査 CT検査 MRI検査
 X線検査 エコー検査 その他
 再検査方法不明

検査結果 再検査を受けた項目のみ 不明

再検査の具体的指示 C T検査

任意入力項目であった受診機関名の項目を削除します。

質問内容および選択肢を変更します。

これまで選択肢となっていたものについて「再検査の具体的な指示」として直接指示内容を入力頂く形式とします。

2. 健康診断検査項目の追加および検査結果欄修正

①健康診断・人間ドックの項目一覧内の血液検査を選択した際に表示される項目に「白血球」を追加します。

過去2年以内の健康診断・人間ドックで異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘された項目を選択してください。

よくある検査

コレステロール（血液検査）	ヘモグロビン（血液検査）	肝機能（血液検査）
血糖値（血液検査）	尿酸値（血液検査）	白血球（血液検査）
血圧検査	胃カメラ・胃バリウム	視力検査（眼底）
心電図検査		

● 健康診断・人間ドックの項目一覧(全17件)

[▶ 身体測定](#)

[▶ 尿検査](#)

[▶ 視力検査](#)

[▶ 聴力検査](#)

[▶ 血液検査](#)

[▶ 胸部X線検査](#)

[▶ 肝機能](#)

[▶ 脂質](#)

[▶ 糖代謝](#)

[▶ 血管](#)

[▶ 尿酸](#)

[▶ 白血球](#)

[▶ その他](#)

「白血球」を追加

②健康診断・人間ドックの項目で血液検査→肝機能を選択した際に表示される検査結果から「総ビリルビン」を削除します。

過去2年以内の健康診断・人間ドックの異常(要再検査・要精密検査・要治療)の指摘

● 「血液検査（肝機能）」の詳細をご入力ください。

項目の修正

AST (GOT) ALT (GPT) γ-GTP その他	<input type="text" value="50"/> IU / l	<input type="checkbox"/> 不明
検査結果 <small>※指摘を受けた項目のみ告知してください。</small>		

総ビリルビン削除

受診時期

選択してください

再検査の実施

受けた 受けていない

2. 健康診断検査項目の追加および検査結果欄修正

③査定標準改定に伴い、細胞診については検査結果の入力は不要となるため、検査結果入力欄を非活性とします。

過去2年以内の健康診断・人間ドックの異常(要再検査・要精密検査・要治療)
の指摘

第4項

「がん検診・腫瘍マーカー（子宮・子宮頸がん（細胞診））」の
詳細をご入力ください。 項目の修正

検査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 指摘あり		非活性のため、検査結果入力 は不要。
受診時期	<input style="width: 100%; height: 25px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text" value="平成30(2018)年4月"/> ▼		
再検査の実施	<input checked="" type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けていない		
再検査時期	<input style="width: 100%; height: 25px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text" value="平成30(2018)年4月"/> ▼		
再検査の診断	<input type="radio"/> 今後、診察・検査(経過観察)・治療の いずれも必要ないといわれた <input checked="" type="radio"/> 今後、診察・検査(経過観察)・治療の いずれかひとつでも必要といわれた		
再検査方法	<input checked="" type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> エコー検査 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 再検査方法不明		
再検査結果	細胞診	<input checked="" type="checkbox"/> 指摘あり	非活性のため、検査結果入力 は不要。
再検査の具体的指示			

次へ 戻る 次へ 戻る

3. 自動査定対象疾患の追加

■下表の疾患について新たに自動査定対象疾患として追加します。
 ※既に自動査定の対象となっている疾患と同様に告知内容によっては、
 査定結果を提示できない場合があります。

子宮頸管ポリープ	弱視	鉗子分娩
溶血性貧血	耳漏	吸引分娩
再生不良性貧血	睡眠時無呼吸症候群	産褥熱
悪性貧血	ピロリ菌(ピロリ菌除去)	肩こり
脳出血	前立腺炎	習慣性脱臼
くも膜下出血	切迫早産	胸部打撲
硬膜下出血	切迫流産	腹部打撲