

団体傷害総合保険・団体子ども総合保険

<加入・変更・特約追加依頼書>

●申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申 込 人	会社名	所属	職員コード	氏名(フリガナ)	性別
					<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
	生年月日	職種	住所	電話番号	
	S H 年 月 日		〒 () -		

1. 団体傷害総合保険 (掛捨て型)

すでにご加入いただいている方で契約タイプの変更、特約追加をされない場合は、「依頼書」の返送は不要です。(自動継続 2・3共通)

新規加入 加入内容変更 携行品損害補償特約の追加 脱退 中途加入 → 月加入

① ファミリープラン

契約タイプ	<input type="radio"/> SA型	<input type="radio"/> SB型	<input type="radio"/> SC型	<input type="radio"/> SD型
携行品損害補償特約	<input type="radio"/> 付帯	<input type="radio"/> 付帯	<input type="radio"/> 付帯	<input type="radio"/> 付帯

② パーソナルプラン

被保険者名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	契約タイプ	携行品特約
<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		<input type="radio"/> S1型 <input type="radio"/> S2型 <input type="radio"/> S3型 <input type="radio"/> S4型	<input type="radio"/> 付帯
<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		<input type="radio"/> S1型 <input type="radio"/> S2型 <input type="radio"/> S3型 <input type="radio"/> S4型	<input type="radio"/> 付帯
<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		<input type="radio"/> S1型 <input type="radio"/> S2型 <input type="radio"/> S3型 <input type="radio"/> S4型	<input type="radio"/> 付帯
<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		<input type="radio"/> S1型 <input type="radio"/> S2型 <input type="radio"/> S3型 <input type="radio"/> S4型	<input type="radio"/> 付帯
<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		<input type="radio"/> S1型 <input type="radio"/> S2型 <input type="radio"/> S3型 <input type="radio"/> S4型	<input type="radio"/> 付帯

2. 団体子ども総合保険 (育英費用補償特約セット 傷害総合保険・掛捨て型)

おじいさま (加入者)	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	申込人との関係	
			<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		
	契約タイプ	<input type="radio"/> C1型	<input type="radio"/> C2型	<input type="radio"/> C3型	<input type="radio"/> 脱退
扶養者名 (申込人と異なる場合のみご記入ください。)	氏名(フリガナ)			加入者との関係	

● 他_の保険契約 有

保険会社名	満期日	補償内容、保険金額

● 過去3年以内の傷害保険金(1事故5万円以上)請求または受領がある。 有
※ 記載事項が事実と相違する場合には、保険金が支払われない場合がありますのでご注意ください。

＜ 加入依頼書 ＞

すでにご加入いただいている方で、ご加入コースの変更、脱退されない場合は、本書の返送は不要です(自動継続されます。)

● 申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申 込 人	会社名	所属	職員コード	氏名(フリガナ)	性別
					男・女
	生年月日	職種	住所	電話番号	
	年 月 日		〒	()	-

新・団体医療保険(医療保険基本特約等セット団体総合保険)

年齢は2024年1月1日時点でご記入ください。

基本補償	被保険者(フリガナ)	生年月日	年齢	性別	加入コース
新 団 体 医 療 保 険		年 月 日	歳	男・女	A B
		年 月 日	歳	男・女	A B
		年 月 日	歳	男・女	A B

年齢は2024年1月1日時点でご記入ください。

オプション	被保険者(対象となる親御さま)(フリガナ)	生年月日	年齢	性別	保険金額
親 孝 行 一 時 金 支 払 特 約		年 月 日	歳	男・女	100万円 300万円
		年 月 日	歳	男・女	100万円 300万円
		年 月 日	歳	男・女	100万円 300万円

新規加入 加入コース変更 脱退 中途加入 → 月加入

新・団体医療保険にご加入・増額(加入コースをBよりAへご変更)または親孝行一時金支払特約を追加される場合は、裏面の告知書をご記入ください。なお、期中での増額特約追加はできません。

被保険者が複数いる場合は、お手数ですが裏面をコピーのうえ、ご記入ください。

● 他の保険契約 (有)

保険会社名	満期日	補償内容、保険金額
-------	-----	-----------

※ 記載事項が事実と相違した場合には、保険金が支払われない場合がありますのでご注意ください。

「健康状態に関する告知書」(団体契約用)

23.10

※この告知書は加入依頼書の一部となります。お申込みの際には、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

証券番号

加入者番号

- 告知書のご提出が必要な方
 - 新規に疾病補償・がん補償・介護補償にご加入される方
 - 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当する方
 - (1) ご加入の保険金額を増額される方、口数を増やされる方
 - (2) 疾病(がんおよび介護を含みます。)に関する補償・特約の追加・削除によって補償範囲を拡大される方
 - (3) 対象期間、支払限度日数を延長される方
 - (4) 支払対象外期間を短縮される方、免責金額(自己負担額)を引き下げられる方
 - (5) 「特定疾病等対象外」を削除される方 など
 - 傷病補償・賠償責任等にご加入される方のうち、上記補償に新たにご加入される方
- ※継続してご加入される方で前年と加入内容に変更がない方は、ご記入、ご署名は不要です。

- 告知事項は、被保険者本人が自らご記入、ご署名ください。
 - 【代理告知】
 - 被保険者が15歳未満の場合は、親権者がご記入、ご署名ください。
 - 申込人ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

<重要>

- ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

株式会社鴻池組 御中

損害保険ジャパン株式会社 宛

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意ください」との内容について確認・同意し、ならびに告知書の告知者控の裏面に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要となる範囲において個人情報取得、利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者ともに同意します。

告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえお預保管ください。告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<1> 告知者(被保険者ご本人または代理告知者)が被保険者(保険の対象となる方)名・告知日・加入する補償をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

被保険者番号/被保険者名	1	2	3	4
告知日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
告知者署名 *代理告知の場合は、代理告知をする方の署名	(代理告知の場合) 被保険者との関係	(代理告知の場合) 被保険者との関係	(代理告知の場合) 被保険者との関係	(代理告知の場合) 被保険者との関係
加入する補償	疾病補償 がん補償 介護補償	疾病補償 がん補償 介護補償	疾病補償 がん補償 介護補償	疾病補償 がん補償 介護補償

<2> 下記の質問事項にご回答ください。(<1> の被保険者番号に対応する欄にご記入ください。)

ご加入いただく補償に該当する質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

*告知者の方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要で、本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

加入する補償	質問事項	ご回答 被保険者番号				
		1	2	3	4	
疾病補償	【質問1】告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	はい
	【質問2】告知日(ご記入日)から過去1年以内に、病気で継続して10日以上入院をしたことがありますか。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	「いいえ」の方はご加入いただけます。
	【質問3】「三大疾病」のみを補償する特約(※)を1つでもセットする場合はこちらもお答えください 今までに、「がん」または「上皮内がん」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 (注) 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気 がん 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 上皮内がん 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L (※) 三大疾病診断保険金支払特約、三大疾病入院保険金支払特約等をいいます。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	はい

加入する補償	質問事項	ご回答 被保険者番号				
		1	2	3	4	
がん補償	【質問1】今までに、「がん」または「上皮内がん」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 (注) 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気 がん 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 上皮内がん 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	はい
	【質問2】下記の質問にお答えください。 告知日(ご記入日)から過去3か月以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 (注) 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 告知日(ご記入日)から過去2年以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状について、次のいずれかに該当したことがありますか。 ①健康診断・がん検診・人間ドックを受けた結果、病気・症状を指摘されたこと。 (注) 再検査・精密検査の結果、異常がなかった場合を除きます。 ②医師の診察の結果、定期的な診察・検査を受けるように指摘されたこと。 告知日(ご記入日)から過去5年以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により、次のいずれかに該当したことがありますか。 ①継続して7日以上入院をしたこと。 ②手術を受けたりすすめられたこと。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	はい
	<病気・症状一覧表>					

加入する補償	質問事項	ご回答 被保険者番号				
		1	2	3	4	
介護補償 (介護時金支払特約、親行時金支払特約、軽度認知障害等時金支払特約、認知症認定特約、軽度認知障害等時金用等)	【質問1】今までに、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けたこと、または認定の申請をした(※1)ことがありますか。 (※1)「申請予定」や「申請をした結果、認定を受けられなかった場合」を含みます。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	はい
	【質問2】次のいずれかの項目に該当していますか。 告知日(ご記入日)現在、次のいずれかの行為の際に、頻度を問わず、他人の介助や補助用具(杖などを含みます。)の使用(※2)が必要になることがありますか。 【歩行・食事・排せつ・入浴・衣類の着脱・公共交通機関を利用する際の外出・店での買い物】 (※2)ご本人による使用を含みます。 今までに、医師より「認知症(軽度認知障害を含みます。)」と診断されたことがありますか。 (注) 疑いの指摘を受けている場合や検査等の結果が判明していない場合を含みます。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	はい
	告知日(ご記入日)現在、次のいずれかに該当しますか。 【入院中・療養のため就床中(※3)・入院の予定(※4)がある】 (※3) 医師の指示による就床を指し、その期間および場所を問いません。 (※4) 医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	はい
	告知日(ご記入日)から過去2年以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 (注) 医師より「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	はい
	<病気・症状一覧表>					

「はい」の場合はご加入いただけません。

告知の前にご一読ください。

「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと

疾病補償・がん補償・介護補償

正しく告知していただくことは大変重要です。

- 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否が決まります。
- 正しく告知していただきませんと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- 告知書は、裏面の記入例をご確認いただきながら、必ず被保険者（保険の対象となる方）ご本人*が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入（告知）ください。
 - *代理告知について
 - 被保険者が15歳未満の場合は、被保険者ご本人に代わって、親権者が被保険者ご本人の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名ください。
 - 申込人ご本人以外のご家族（配偶者、子供、両親、同居の家族（兄弟姉妹、親族））の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。
- 告知の対象となる「医師の診察・検査・治療・投薬」や特にご注意いただきたい事項については記入例に掲載していますのでご確認ください。

1. 告知の重要性

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

- ・告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- ・口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。
- ・損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。

2. 正しく告知されなかった場合のデメリット

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

- ・ご加入初年度の保険期間の開始時^(※)からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について、損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※)からその日を含めて1年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※)からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約を解除することがあります。
- ・ご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。
 - (※) 継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットしたご契約の保険期間の開始時をいいます。また、継続時に「特定疾病等対象外」を削除した場合は、「特定疾病等対象外」を削除したご契約の保険期間の開始時をいいます。

3. 告知していただいたご契約のお引受け

質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。

4. 始期前の発病や事故による無責の取扱い

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする保険金の支払事由に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害であっても、保険金の種類により、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)からその日を含めて1年を経過した後に保険金の支払事由が生じた場合は、その保険金の支払事由についてはお支払いの対象となる場合があります。

- (※1) 継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットしたご契約の保険期間の開始時をいいます。
- (※2) 医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。
- (注) 「特定疾病等対象外」の条件をセットでご加入いただいている場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年を経過した後であっても保険金をお支払いできない場合があります。

お客さまのご確認のため
ご利用ください。

お客さま
チェック欄

告知書の質問事項、注意事項等を本案内とあわせてよくお読みください。

(注1) 本案内および告知書の告知者控は重要な書類ですので、大切に保管してください。

(注2) ご加入の対象となる方等はパンフレット等をご確認ください。

ご不明な点は、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

告知書記入例

- ・必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- ・訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- ① <1>に被保険者(保険の対象となる方)名・告知日をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。
- ② <2*>の質問事項について「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。(注)ご加入いただく補償に該当する質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

「疾病補償」の質問事項(【質問1】【質問2】)は、以下の特約をセットする場合がございます。

- ・疾病保険特約
- ・先進医療等費用補償特約 等

ただし、以下の特約をセットする場合は、【質問3】にもご回答ください。

- ・三大疾病診断保険金支払特約
- ・三大疾病入院保険金支払特約 等

「がん補償」の質問事項は、以下の特約をセットする場合がございます。

- ・がん保険特約
- ・がん入院一時金支払特約
- ・がん退院一時金支払特約
- ・がん入院諸費用補償特約
- ・抗がん剤治療補償特約
- ・がん診断保険金支払特約
- ・がん外来治療保険金支払特約 等

「介護補償」の質問事項は、以下の特約をセットする場合がございます。

- ・介護一時金支払特約
- ・親孝行一時金支払特約
- ・軽度認知障害等一時金支払特約
- ・認知症限定特約(軽度認知障害等一時金用) 等

「健康状態に関する告知書」(団体契約用) 03.10

※この告知書は加入契約書の一部となります。告知書に記入は、被保険者本人が記入し、ご署名ください。【重要事項】
 ○被保険者が15歳未満の場合は、親権者が記入し、ご署名ください。
 ○申込者ご本人以外のご家族(配偶者、子孫、遺族、同居の親族、同居の親類)の告知は必ず必要です。告知者本人が記入し、申込者ご本人が記入された告知書は補償の対象外となります。ご記入・ご署名が必須です。

告知日: 令和 年 月 日

告知者(被保険者ご本人または代理告知者)が被保険者(保険の対象となる方)名・告知日・加入する補償をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

被保険者名	告知者名	告知日	加入する補償
1 損保 太郎	損保 太郎	令和 年 月 日	がん補償
2 損保 花子	損保 太郎	令和 年 月 日	がん補償
3	夫	令和 年 月 日	がん補償

<2*> 下記の質問事項にご回答ください。(<1>の被保険者番号に対応する欄にご記入ください。)
 ※回答からずらされている場合は質問事項に回答してください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。1つでも「はい」がある場合はご加入いただけません。1つでも「はい」がある場合は「はい」の方に記入をお願いします。

【質問1】 <1>の被保険者(損保太郎)が、がん、または「上記内がん」により、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。
 (注)医師より病状・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

【質問2】 <2>の被保険者(損保太郎)が、がん、または「上記内がん」により、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。
 (注)医師より病状・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

【質問3】 <3>の被保険者(損保太郎)が、がん、または「上記内がん」により、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。
 (注)医師より病状・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

【質問4】 <4>の被保険者(損保太郎)が、がん、または「上記内がん」により、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。
 (注)医師より病状・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

【質問5】 <5>の被保険者(損保太郎)が、がん、または「上記内がん」により、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。
 (注)医師より病状・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

【質問6】 <6>の被保険者(損保太郎)が、がん、または「上記内がん」により、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。
 (注)医師より病状・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

<1>について
被保険者名・告知日をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

(代理告知の場合)

代理告知の場合には、代理告知をされる方が、被保険者の健康状態等をご確認のうえ、以下をご記入ください。

- ①「被保険者名」欄に被保険者名をご記入ください。
- ②「告知者署名」欄に代理告知をされる方の被保険者との関係をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。
- ③「加入する補償」欄のご加入される補償種類に○をしてください。

<2*>について
各補償の質問事項は、<1>の被保険者名欄の番号に対応する欄にご記入ください。

ご加入される補償に対応するすべての質問を確認し、すべて「いいえ」の場合は「いいえ」に、1つでも「はい」がある場合は「はい」に○をしてください。

「認知症」とは、正常に発達した知的機能が脳内に後天的に生じた器質的な病変または損傷により、全般的かつ持続的に低下することをいいます。

「軽度認知障害」とは、本人および第三者(家族)から認知機能低下に関する訴えがあり、認知機能は正常ではないが認知症の診断基準を満たさない状態をいいます。

【特にご注意ください】

- ・「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。また、がんと診断されることを含みます。
- ・「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- ・「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破碎術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーターによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- ・病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- ・医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- ・医師より病状・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- ・再検査・精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。