

# 保険会社診断書 記入依頼書

診断書代 5000円

- ・書類作成には2週間ほどお時間をいただいております。
- ・同一手術を複数回された場合は、記入を希望される手術の実施日を全てご記入ください。
- ・手術の記入欄が不足する場合は余白に記入いたします。  
余白への記入が不可の場合は、診断書を2枚ご用意ください。

診察券ID	
お名前	

● 記入内容 (該当する手術の□に✓をいれて、実施日の記入をお願いします)

<input type="checkbox"/>	人工授精	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日
		③令和 年 月 日	④令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	採卵術	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日
		③令和 年 月 日	④令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	移植術	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日
		③令和 年 月 日	④令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	卵管鏡下卵管形成術 (FT)	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	子宮内膜搔爬術	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	流産手術	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	その他 ( )	令和 年 月 日	

● 返却について  記入できしだい診察日に返却

※提出期限まで日にちがあり、今後も継続して通院予定の方は  
診察日での返却にご協力ください

記入後、電話連絡が必要 ⇒ 連絡先 ( - - )

## 当院記入欄

記入済 受付 ( ) Dr確認済 ( )

スキャン済 預かり日 ( / )

電話連絡済 ( / ) 担当 ( )