

診 断 書 (生命保険契約照会制度用)

1 照会対象者氏名	男・女
	年 月 日生 (歳)
住所	
2 認知判断能力についての意見 (必ず下記のいずれかをチェックしてください)	
<input type="checkbox"/> 正常	
<input type="checkbox"/> 低下・障害が見られる (意見)	
「認知判断能力の低下・障害が見られる」の場合はご回答ください	
照会対象者は、自己の保険契約の契約の有無を照会し、回答を受ける行為の意味を自ら理解し、判断できますか	
<input type="checkbox"/> できる	
<input type="checkbox"/> できない (意見)	
「認知判断能力の低下・障害が見られる」場合はご回答ください	
照会対象者は、自己の保険契約の契約の有無を照会するための代理人を自ら選任することが出来ますか	
<input type="checkbox"/> できる	
<input type="checkbox"/> できない (意見)	
判定の根拠	
(1) 見当識	
<input type="checkbox"/> 障害がない <input type="checkbox"/> まれに障害が見られる <input type="checkbox"/> 障害が見られるときが多い <input type="checkbox"/> 障害が高度	
(2) 他人との意思疎通	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないときもある <input type="checkbox"/> できないときが多い <input type="checkbox"/> できない	
(3) 社会的手続や公共施設の利用 (銀行等との取引, 要介護申請, 鉄道やバスの利用など)	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないときもある <input type="checkbox"/> できないときが多い <input type="checkbox"/> できない	
(4) 記憶力	
<input type="checkbox"/> 問題がない <input type="checkbox"/> 問題があるが程度は軽い <input type="checkbox"/> 問題があり程度は重い <input type="checkbox"/> 問題が顕著	
(5) 脳の萎縮または損傷	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 部分的に見られる <input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 不明	
(6) 各種検査	
長谷川式認知症スケール (<input type="checkbox"/> 点 (月 日実施) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)	
MMSE (<input type="checkbox"/> 点 (月 日実施) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)	
その他の検査	
(7) その他特記事項	
備考 (本人以外の情報提供者など)	

以上のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院又は診療所の名称・診療科名

所在地、電話番号

担当医師名

印

【医師の方へ】

※ 生命保険協会は、本診断書に基づき、生命保険契約照会制度の利用可否等を判断します
(それ以外の目的には使用しません)。