

保険会社診断書 記入依頼書

診断書代 5000円

- ・当院で実施する手術は、外来手術となります。（日帰り入院など、入院での手術の記入はできません。）
- ・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、または裏面に記入いたします。
余白、裏面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 K884-2	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 K890-4	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	体外受精・顕微授精管理料 (保険診療のみ) K917	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	受精卵・胚培養管理料 (保険診療のみ) K917-2	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	胚凍結保存管理料 (保険診療のみ) K917-3	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	胚移植術 K884-3	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) K890-2	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	子宮内膜搔爬術 K861	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	流産手術 K909-1	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 ()