

記入例

診断書等作成申込書

受付者

右詰で一マスずつに数字を記載ください。 ↓

申込日 平成 30年 8月 1日

診察券番号	1	2	3	4	-	5	6	-	7	診療科名	循環器内科
フリガナ 患者氏名	ミエ タロウ 三重 太郎 (大 昭平 35年 10月 10日)								担当 医師	山田 一郎先生	
申込者氏名	三重 太郎			続柄	本人			電話番号	080-2345-6789		
	書類種別		依頼枚数	詳細							
<input type="checkbox"/>	普通診断書(本院所定様式)		通	提出先: 使用目的: 記載内容:							
<input checked="" type="checkbox"/>	生命保険等診断書		1 通	<input type="checkbox"/> がん病名証明 <input checked="" type="checkbox"/> 手術日(平成 30年 6月 10日) 証明必要期間: 入院中に区切る場合、区切る日付を記入 通院証明 <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 平成 30年 6月 1日 ~ 平成 30年 6月 30日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
<input type="checkbox"/>	傷病手当金申請書		通	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
<input type="checkbox"/>	特定疾患 臨床調査個人票		通	※ 基本情報を提出用紙に記入 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新							
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病医療意見書		通	※ 基本情報を提出用紙に記入 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新							
<input type="checkbox"/>	診療情報提供書		通	提出先: 使用理由: 医師の了承: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
<input checked="" type="checkbox"/>	身体障害者診断書・意見書		1 通	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 ※新規申請は医師の了承が必要です(了承した医師名: 山田 一郎 先生)							
<input type="checkbox"/>	障害年金診断書		通	証明期間: ()月の現症 / 平成()年()月頃から3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 ※新規申請は医師の了承が必要です(了承した医師名:)							
<input type="checkbox"/>	不妊治療助成証明書		通	証明期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 申請回数: 回目 採卵日: 平成 年 月 日 ※ 薬の証明も必要な場合は 薬局の領収書、証明書を提出 夫の氏名、生年月日、妻の氏名、生年月日を提出用紙に記入							
<input type="checkbox"/>	訪問看護指示書		通	施設名: 指示期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)							
<input type="checkbox"/>	その他()		通								
・記載希望欄 ・事務記載欄	生命保険等診断書は、〇〇生命へ提出 身体障害者診断書・意見書は、〇〇市役所へ提出										
受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 後日来院(平成 30年 9月 10日)			<input type="checkbox"/> 郵送(支払済の方のみ)			<input type="checkbox"/> 病棟(階数:)				

(注1) 診断書・証明書等の作成につきましては4~5週間程かかりますのでご了承願います。

(注2) 診断書・証明書等料金のお支払いは前払いになります。郵送での申込や、申込時にお支払いが
できなかった場合は、受取方法とお支払方法について、後日ご連絡させていただきます。

問い合わせ先: 医事課 診療管理係
 TEL: 059-232-1111(代表)
 (平日 午前8:30~午後5:00)