

診断書等作成申込書

受付者

右詰で一マスずつご記載ください。 ↓

申込日 年 月 日

診察券番号								診療科名	
フリガナ 患者氏名							担当 医師		
	(大・昭・平・令 年 月 日生)							※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。	
申込者(本人以外)			続柄				電話番号		
受取方法	窓口受取 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人			郵送受取 : <input type="checkbox"/> 普通郵便 <input type="checkbox"/> レターパックライト			<input type="checkbox"/> 病棟		
	※受取の際は以下を必ずお持ちください。 ・申込書の控え ・受取される方の身分証			※郵送による紛失について当院では一切の責任を負いかねます。 ※レターパックライトは郵便局にてご購入下さい。			()		

(注1) 発行までの日数は、お申し込み後**4～5週間程度**かかりますのでご了承願います。

(注2) 文書料金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、お支払い方法について後日ご連絡させていただきます。

(注3) 代理人による申込・受取の場合は、「委任状」が必要です。

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

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: 使用理由: 記載内容:
<input type="checkbox"/> 生命保険等診断書	通	<input type="checkbox"/> がん病名証明 <input type="checkbox"/> 手術日(平・令 年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 通院証明 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 入院証明 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 ※入院期間を区切る場合は、各々の期間を記入してください
<input type="checkbox"/> 傷病手当意見交付書	通	証明期間: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日
<input type="checkbox"/> 難病・特定疾患 臨床調査個人票	通	<input type="checkbox"/> 基本情報を提出用紙に記入済み <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	<input type="checkbox"/> 基本情報を提出用紙に記入済み <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書	通	医師の了承: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 提出先: (県 市) 病院名等: 診療科: 使用理由:
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書	通	<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"/> 障害年金診断書	通	証明期間: ()月の現症 / 平・令 ()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 <small>※薬の証明も必要な場合は 薬局の領収書、証明書を提出</small>	通	証明期間: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 申請回数: 回目 採卵日: 平・令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 夫の氏名、生年月日、妻の氏名、生年月日を提出用紙に記入済み
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書	通	施設名: 指示期間: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 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	提出先: 使用理由:
<input type="checkbox"/> 記載希望欄 <input type="checkbox"/> 事務記載欄		