

# 記入例

## 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 令和 元 年 5 月 7 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 <b>三重 太郎</b> (大・昭・平 令 7 年 10 月 1 日生)								担当 医師	<b>山田 一郎先生</b>	
申込者(本人以外)					続柄				電話番号	※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。 <b>080-2345-6789</b>	
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 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・令 30 年 6 月 11 日) <input checked="" type="checkbox"/> 通院証明 (平・令 30 年 1 月 5 日 ~ 平・令 30 年 5 月 31 日) 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 入院証明 (平・令 30 年 6 月 1 日 ~ 平・令 30 年 6 月 30 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 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: <b>山田 一郎 先生</b> )
<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 ※薬の証明も必要な場合は 薬局の領収書、証明書を提出	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		