

診断書等文書作成申込書(控)

◎太枠部分をすべてご記入をお願いします			申込日	令和	年	月	日
フリガナ		男・女	生年月日	大正	昭和	年	月
患者氏名			年月日	平成	令和	日	(満 歳)
			連絡先	自宅	()		
				携帯	()		

患者さん本人以外の方が申し込まれる場合は、以下、申込者欄のご記入をお願いします
 ※本人の同意がない場合、お申込みいただけません。(応答が困難な方・未成年者を除く)
 ※申込者の本人確認書類のご提出及びコピーを取らせていただきます。

フリガナ		患者との続柄	家族()・親族・その他()
申込者氏名		連絡先	自宅 () 携帯 ()

*身分確認 ⇒ 運転免許証 ・ パスポート ・ 障がい者手帳 ・ その他書類 ()

文書の種類		備考
<input type="checkbox"/>	生命保険会社診断書・証明書	
<input type="checkbox"/>	病院所定様式の診断書(提出先:職場・警察・その他)	
<input type="checkbox"/>	傷病手当支給申請書	
<input type="checkbox"/>	身体障害者診断書	
<input type="checkbox"/>	指定難病・臨床個人調査票	
<input type="checkbox"/>	障害年金診断書	
<input type="checkbox"/>	後遺障害診断書	
<input type="checkbox"/>	労災関係書類()	
<input type="checkbox"/>	その他()	

職員記載欄

主治医	院長 小野Dr 健Dr ゆかりDr 大津留Dr 與那城Dr 廣田Dr ()Dr						
			期間			その他	
入院	通院	①	年	月	日		
			年	月	日		
入院	通院	②	年	月	日		
			年	月	日		
手術	①	手術日	年	月	日		
		術式名称					
	②	手術日	年	月	日		
		術式名称					

※この用紙は文書のお申込み・受け取り時に必要となりますので、大切に保管してください。

★別紙の注意事項を必ずご確認ください。

受付	医師事務
/	/
交付	/