

患者番号	000	診療科名	科
フリガナ		担当医師	医師
患者氏名	(大・昭・平・令 年 月 日生)	申込者住所、連絡先	〒 _____
申込者 患者以外は氏名を記載	患者本人 続柄()同居(有・無)	電話番号:	() ()
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送受取 (患者住所・他住所) <input type="checkbox"/> 窓口受取 (連絡先) () () <input type="checkbox"/> 病棟受取 () ()		※受取は原則患者住所へ郵送としています ※他住所の場合封筒に住所記載済 医療支援課患者サービス係 0263-37-2762 (内線6171・6172)

(注1) 発行までの日数は、お申し込み後3週間ほどかかります。診断書の種類によっては通常より時間がかかる場合があります

(注2) 文書料金は原則前払いになります

(注3) 本人、同居家族以外による申込みの場合は委任状と申込者の身分確認できるものが必要です

<input type="checkbox"/> 本院書式診断書 (2750円)	通	提出先:(職場・学校・警察・) 記載内容:(入院期間・療養見込み期間・手術予定日・勤務可・勤務不可)	
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書 (6600円)	通	<input type="checkbox"/> がん病名証明 <input type="checkbox"/> 入院証明: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院証明: 年 月 日 ~ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書	通	証明期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
<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 <input type="checkbox"/> 等級変更(現 級→ 級)	
<input type="checkbox"/> 指定難病臨床調査個人票(5500円)	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 [] (入院中・入院予定)	
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書(2750円)	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書	通	認定日(年 月 日・現在現症・現況届・受診日 /)	
<input type="checkbox"/> 受診状況等証明書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 通院のみ <input type="checkbox"/> 手帳併用 <input type="checkbox"/> 手帳のみ(有効期限 年 月)	
<input type="checkbox"/> 精神通院医療診断書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> ウイルス肝炎申請書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 (記載月 月)	
<input type="checkbox"/> 労災	通	()号様式 年 月 日 ~ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 更生医療意見書	通	<input type="checkbox"/> 新規 (<input type="checkbox"/> 身障コピー) <input type="checkbox"/> 更新 入院予定(年 月 日)手術予定日(年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 育成医療意見書	通	<input type="checkbox"/> 新規 入院予定(年 月 日) 術前検査(年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 特別指示書	通	指示期間:(年 月 日 ~ 年 月 日) 材料持ち帰り <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ依頼書(診療情報提供書)	通	医師の記載日を 月 日受診の日付で記入	
<input type="checkbox"/> 自賠責保険(7700円)	通	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 後遺障害診断書	
<input type="checkbox"/> 医療等の状況	通	()月分(外来・入院) ()月分(外来・入院)	
<input type="checkbox"/> 補装具装具意見書	通	(肢体・視覚・聴覚・軽度中等度難聴児補聴器助成)	
<input type="checkbox"/> その他 []	通	提出先: 記載内容等:	
<input type="checkbox"/> その他 []	通	提出先: 記載内容等:	
コスト(外・入・未・なし)	交付(郵送・窓口・病棟)	受付者	科依頼日 / (東・西・南) 階
R 年 月 日	R 年 月 日	[病棟]	書式(有・無) 委・身(有・待)

事務記載欄

※用紙は処理後も2番へお返しください