

# 診断書等申込書(小児慢性特定疾病専用)

管理No			
------	--	--	--

※青の枠内へご記載ください

入院中 [東・西・南] 階

申込日	令和 年 月 日	／ 科に依頼する。		DocuMaker書式	
患者番号 (受診カードNo.)	000	病棟受付	(東・西・南 階)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
フリガナ		受付者			
患者氏名		診療科		科	
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	担当医師		医師	
申込者氏名	(続柄)	ご本人・ご家族以外の場合は同意書が必要です。同意書(あり・待ち)			
申込者連絡先	〒 -	電話 ( )			
受取方法	郵送 (患者住所・他住所)	※郵送を希望されない方は、申込時にお伝えください			

小児慢性特定疾病意見書[ ] [新規・更新] (入院中・ / 予定)

意見書の記載に必要なため、下記事項についても記載をお願いします。

依頼  
文書

出生都道府県		出生体重	g	出生週数	在胎	週
--------	--	------	---	------	----	---

※1. 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている、出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記載して下さい。

《備考欄》

小児慢性特定疾病意見書の医師氏名欄に指定医の署名と捺印をお願いします。

※ 意見書のお渡しまでに3週間程度かかる場合があります。

コスト	令和 年 月 日 (外来・入院)・なし	渡し日	令和 年 月 日 (郵送・病棟・窓口・キャンセル)
-----	---------------------	-----	---------------------------

※事務連絡欄	郵送	登録の住所へ・封筒あり
	要電話連絡	自宅・携帯
	連絡時間帯	～
		留守電OK

(この用紙は処理済後も必ず2番窓口へお返してください。)

患者サービス係 0263-37-2762 (内6171・6172)