

|       |
|-------|
| 確 認 印 |
|       |

## 診 断 書 ・ 証 明 書 等 申 込 書

患者ID:

受付日      年      月      日

|         |    |            |         |             |
|---------|----|------------|---------|-------------|
| 患 者 氏 名 |    |            | 受 診 科   | 主 治 医       |
|         |    |            | 科       | 先生          |
| 生 年 月 日 |    |            |         |             |
| 住 所     |    |            | 電 話 番 号 |             |
| 〒       |    |            | 自 宅     |             |
|         |    |            | 携 帯     |             |
| 代 理 人   |    |            | 本日受診    | 有 ・ 無 ・ ENT |
| 氏名      | 続柄 | 同意書等の有無(※) |         | 次回予約        |

(※) 患者様本人以外の方が申し込む場合には、患者様本人の同意書及び診察券が必要となります。

| 書 類 種 別                                   | 依 頼 枚 数                       | 書 類 種 別  | 依 頼 枚 数 |
|---|-------------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> 生命保険等診断書         | 枚                             | <input type="checkbox"/> 療養費同意書（マッサージ・はり・きゅう）        | 枚       |
| <input type="checkbox"/> 傷病手当金申請書         | 枚                             | <input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表                   | 枚       |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書     | 枚                             | <input type="checkbox"/> 出産書類（手当金・育児一時金）             | 枚       |
| <input type="checkbox"/> 特定疾患診断書          | 枚                             | <input type="checkbox"/>                             | 枚       |
| <input type="checkbox"/> 障害年金診断書          | 枚                             | <input type="checkbox"/>                             | 枚       |
| <input type="checkbox"/> 後遺症診断書（事故・労災）    | 枚                             | 《備考》   |         |
| <input type="checkbox"/> 休業補償             | 枚                             |  |         |
| <input type="checkbox"/> 医療等の状況           | 枚                             |  |         |
| <input type="checkbox"/> 自賠診断書            | 枚                             |  |         |
| <input type="checkbox"/> 入院期間・手術・放射線点数確認書 | 枚                             |  |         |
|   |                               |  |         |
| 証 明 期 間                                   | 通 院                           | 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日 ・ 無                            |         |
|   | 入 院                           | 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日                                |         |
|   |                               | 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日                                |         |
|   |                               | 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日                                |         |
|   |                               | 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日                                |         |
|   | 手 術 日                         | 平・令 年 月 日  |         |
| 受 取 方 法                                   | <input type="checkbox"/> 窓口受取 | ※ 郵送で受取りをご希望の場合は、書類代金の前払い及び<br>レターパックプラスのご用意をお願いします。 |         |
|   | <input type="checkbox"/> 郵送受取 |  |         |

|             |             |           |
|-------------|-------------|-----------|
| 診 療 科 依 頼 日 | 担 当 係 戻 り 日 | 患 者 受 領 日 |
|             |             |           |

【 担 当 】      (                      )