

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 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 】 ()