

診断書等の申込書

※ お申し込み後の取消しはできませんので、あらかじめご了承ください。

※ 太枠内にご記入を下さい。

【患者番号】

窓口 書類受付・受取対応 (平日 9:00 ~ 17:00)

申し込み日	年 月 日	【要 望】
フリガナ		
患者氏名		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
担当医	医師	
リハ・心理担当		
<p>※ 必須 受け取り希望日 年 月 日 ・ 希望無し 作成に時間がかかる為、余裕を持ってお申込み下さい。(目安 2週間～)</p>		

<input type="checkbox"/> 病院規定の診断書	通	<input type="checkbox"/> 保育所・学校・会社等規定書類	通
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書	通	<input type="checkbox"/> 通院証明書	通
<input type="checkbox"/> 年金等各種診断書	通	<input type="checkbox"/> 心理検査結果報告書	通
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患各種診断書・意見書	通	<input type="checkbox"/> 補装具費支給意見書	通
<input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当認定診断書	通	<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳用診断書	通
<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当認定診断書	通	<input type="checkbox"/> 自立支援医療同時申請 希望	通
<input type="checkbox"/> 身体障がい者診断書・意見書	通	<input type="checkbox"/> 【 】	通
<input type="checkbox"/> 療育手帳診断書	通	<input type="checkbox"/> 【 】	通
<input type="checkbox"/> 精神通院医療診断書(自立支援)	通	<input type="checkbox"/> 【 】	通
提出先	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> その他 ()	提出先電話番号 (わかる範囲で)	
使用目的等	<input type="checkbox"/> 申請の為 <input type="checkbox"/> その他 ()		
申込者氏名	患者本人でない場合 本人との関係 ()		
住 所	〒 -		
連絡先	携帯番号 () 電話番号 () ※連絡時、受取者が不在の場合、 ご本人又は、ご家族に伝言させて頂くこと(可・否)		
受取者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 【 】 ※ 受け取りの際、診察券と保険証もしくは身分証明書を必ず持参してください。		

印	受付者	受取日	受取人署名