

文書等作成申込書兼同意書

(病院用)

患者診察券番号		性別	生 年 月 日
フリガナ		☐ 男	年 月 日
患者氏名		☐ 女	
連絡先	(自宅TEL)	(携帯TEL)	

フリガナ		患者との関係	
申込者氏名			
連絡先	(自宅TEL)	(携帯TEL)	

*ご本人以外が申込みの場合記載願います。
 *本人以外の方が申込される場合、身分証明書の提示と、コピーをさせていただくことをお願いしております。
 *場合によっては、委任状の提出をお願いさせていただきます。

受取方法	☐ 来院	☐ 郵送	*郵送の場合、送料の自己負担をお願い致します
郵送先住所 (受取人)	〒		受取人氏名

申込日 年 月 日

注：計測が必要な診断書については、先に予約にて診察を受けて頂く事となりますのでご了承下さい。

以下病院記載欄

診療科名	科	担当医師	先生
証明必要期間	通 院	年 月 日～	年 月 日
	労務不能期間	年 月 日～	年 月 日
	入 院	① 年 月 日～	年 月 日 ☐ 入院中 ☐ 退院 ☐ 死亡
		② 年 月 日～	年 月 日 ☐ 入院中 ☐ 退院 ☐ 死亡
☐ 普通診断書（当院所定書式）	※必要内容は備考に記載（提出先：）		通
☐ 生命保険等診断書（入院・手術証明書） ※証明期間必須、記載希望内容確認	通	☐ 画像複製（CD）※備考に、利用目的・検査日必須 医師了承（ ☐ 有 ☐ 無）	
☐ 通院証明書 ※通院期間必須	通	☐ 特定疾患 臨床調査個人票（ ☐ 新規 ☐ 更新）	
☐ 傷病手当金証明書 ※労務不能期間必須	通	☐ 診療情報提供書 健康診断書（介護サービス用）	
☐ 就労可否証明書	通	備考（記載希望、3回目以降の入院期間等）	
☐ 死亡診断書	通	※記載時必要にて預かった書類等を記載 記載希望内容（がん病名証明、外来手術日・生検日・注射日、等） 間取りし記載	
☐ 国民年金、厚生年金診断書 医師了承（ ☐ 有 ☐ 無）	通		
☐ 身体障害者診断書 医師了承（ ☐ 有 ☐ 無）	通		
☐ 自立支援医療 更生医療 意見書 医師了承（ ☐ 有 ☐ 無）	通		
☐ 後遺障害診断書 医師了承（ ☐ 有 ☐ 無）	通	文書料 円	
☐ その他（）			

事務連絡（医師への連絡事項等）

- ☐ 文書フォーマットあり
☐ 文書フォーマットなし

*画像複製（CD-R）の申込は「◆画像複製（コピー）オーダ依頼書」をつけて回して下さい。

文 書	受付者	医師補助	文書依頼 医師確認	出来上がり確認 オーダ代行入力	文書確認 媒体受取	依頼者 連絡①	依頼者 連絡②	依頼者 連絡③	料金受領日	受渡日 郵送日
画 像	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
処理日										
担当者										

注：申込書と預かり書類はホッチキス禁止クリアファイルにて依頼