

文書等作成申込書兼同意書

(淡海ふれあい病院用)

患者診察券番号		性別	生 年 月 日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	年 月 日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 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)	

*ご本人以外が申込む場合記載願います。
 *本人以外の方が申込される場合、身分証明書の提示と、コピーをさせて頂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	<input type="checkbox"/> 来院	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 死亡
		②	年 月 日～	年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 画像複製 (CD) *備考に、利用目的・検査日必須 医師了承 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
<input type="checkbox"/> 通院証明書 *通院期間必須	通	<input type="checkbox"/> 特定疾患 臨床調査個人票 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新)		
<input type="checkbox"/> 傷病手当金証明書 *労務不能期間必須	通	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 健康診断書 (介護サービス用)		
<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 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) 聞取りし記載		
<input type="checkbox"/> 国民年金、厚生年金診断書 医師了承 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	通			
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 医師了承 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	通			
<input type="checkbox"/> 自立支援医療 更生医療 意見書 医師了承 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	通			
<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書 医師了承 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	通			
<input type="checkbox"/> その他 ()		文書料	円	
事務連絡 (医師への連絡事項等) <input type="checkbox"/> 文書フォーマットあり <input type="checkbox"/> 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。				

文書画像	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
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