

診断書等申込書

※太枠内のみご記入お願いします。

ID

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|------------------|----|---------|-----|----|-------|-------|-----|------|------|----|-------|
| 患者氏名 | フリガナ | 申込日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | |
| 申込者 | (受診者と同じ場合は記入不要) | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 受診者との続柄 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 自宅 ・ 携帯 ・ その他() | | | | | | | | | | | | |
| | TEL - - | | | | | | | | | | | | |
| 受診料 | ここに○→ | 00 | 01 | 05 | 10 | 11 | 15 | 18 | 23 | 24 | 27 | 30 | 31 |
| | | 透析 | 内科 | 心療科 | 小児科 | 外科 | 整形外科 | 脳神経外科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 産婦人科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 |
| ↓↓文書の種類と提出先を必ず記入して下さい。↓↓ | | | | | | | | | | | | | |
| 文書種類 | 入院証明書 | (様式 : 病院・指定【提出先: | | | | | | | | | | 通 | |
| | 証明書 | (様式 : 病院・指定【提出先: | | | | | | | | | | 通 | |
| | 警察用証明書 | (様式 : 病院・指定【提出先: | | | | | | | | | | 通 | |
| | 診断書 | (様式 : 病院・指定【提出先: | | | | | | | | | | 通 | |
| | 傷病手当請求書 | (様式 : 病院・指定【提出先: | | | | | | | | | | 通 | |
| | | (様式 : 病院・指定【提出先: | | | | | | | | | | 通 | |
| 証明期間 | | | | | | | | | | | | | |
| 入院 | 1回目 | 科 | | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | 2回目 | 科 | | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | 3回目 | 科 | | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 通院 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 就業不能 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |

上記申込みした診断書等について確かに受け取りました。

年 月 日 受取人氏名

(続柄)

| | | |
|--------|--------------|--------------------------|
| <特記事項> | チェック欄 | |
| | 申込受付者 | |
| | 病棟 | 月 日 |
| | 外来 | 月 日 |
| | 管理簿 | <input type="checkbox"/> |
| | Dr依頼 | 月 日 |
| | 連絡 | 月 日 |
| 交付実施者 | | |
| 交付処理 | | |