

診断書等申込書

太枠内をご記入ください。

○診断書等が必要な患者さんについてご記入ください。

2024年9月 改定

申込日	年 月 日	ふりがな 患者氏名		性別	
患者番号	— —	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	男・女	

○診断書等をお申込みの方についてご記入ください。なお、代理人の方が申し込まれる場合は、委任状又は下欄の代理申込み・受領欄への記入押印が必要です。

申込者区分	☐ 本人 ☐ 家族(続柄:) ☐ 代理人	ふりがな 申込者氏名	
申込者住所	〒 — —	自宅 電話	携帯 電話
受取り方法	☐ 郵送受取 ... 【代金前払い】 ○窓口でお渡しする封筒にご郵送先の住所、氏名等をご記入ください。 また、診断書等の文書代金は前払いとさせていただきます。		
※ ご希望される受取方法に☑をしてください。	☐ 窓口受取 ... ○郵送受取の場合は、出来上がりのご連絡は差し上げませんので、あらかじめご了承ください。 ○診断書等は出来上がり次第、申込者の方にご連絡させていただきますが、申込者住所欄に記載した電話以外への連絡をご希望される場合は、以下にご記入ください。 連絡先 : 留守番電話 : ☐ 可 ・ ☐ 不可 ○なお、お受け取りの際は、申込みの際にお渡しした預書を必ずお持ちください。お持ちいただけない場合、診断書等をお渡しできない場合がありますので、あらかじめご了承ください。		
代理申込み・受領	私は、 年 月 日 を代理人として定め、診断書等の申込み・受取りを委任します。 代理人住所 : 代理人電話 : 患者署名 :		

○以下の欄は、窓口職員がお話を伺いながら記入いたしますので、申込者のかたが記入する必要はありません。

依頼科	01 救急科	11 呼吸器内科	12 循環器内科	13 消化器内科	14 糖尿病内分泌内科	15 腎臓内科	17 総合診療・感染症科	18 心臓血管外科	19 脳神経内科	20 膠原病内科	24 小児科	25 心身医療科	30 外科	31 呼吸器外科	40 整形外科	41 形成外科	42 脳神経外科	44 婦人科	45 産科	46 眼科	47 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	50 皮膚科	51 泌尿器科	58 リハビリテーション科	59 放射線科	
主治医	診療科コード :	医師																								
診断書等の種別・必要数	☐ 病院所定診断書 通										☐ 生命保険診断書 通										☐ 労災関係書類 () 通					
※ 申し込まれる診断書等の種別及び必要数をご記入ください。	☐ 障害年金診断書 通										☐ 身体障がい者診断書 通										☐ 臨床調査個人票 () 通					
	☐ 出産(育児一時金・手当金) 通										☐ 傷病手当金申請書 通										☐ 小児慢性特定疾患 () 通					
	☐ 医療費証明書 通										☐ 医療等の状況 (月) 通										☐ 自立支援医療診断書 通					
	☐ 自賠責診断書 通										☐										☐ 通					
証明内容	☐ 病名 ☐ 初診日 ☐ 手術名 ☐ 通院期間 ☐ 入院期間 ☐ 自宅療養期間 ☐ 新規・更新 ☐ 就労不能・就労可能 ☐ ()																									
証明期間	① 入院・通院 その他 () 年 月 日 ~ 年 月 日													② 入院・通院 その他 () 年 月 日 ~ 年 月 日												

○お問い合わせ : 0465-34-3175(内線:3120)小田原市立病院医事課文書担当まで

○文書受付時間 : 平日のみ 8:30~16:45 ※土日祝日はお取り扱いしていません。

	受付者	医師依頼日	代金	お渡し予定日
事務 使用欄	印	/	未・済	/