

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。

2026年5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	男・女
		明治・大正 昭和・平成・令和 年 月 日	

○診断書等をお申込みされる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	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族・ <input type="checkbox"/> 代理人 続柄 ()	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	<input type="checkbox"/> 郵送受取 ... <input type="checkbox"/> 窓口受取 ...	
※ご希望される受け取り方法に 印をしてください。	<p>○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とともに、文書代金とは別に郵送に係る費用として、簡易書留郵送代をいただきます。</p> <p>【代金前払い】 ○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。</p> <p>○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。</p> <p>連絡先 : 留守番電話 : <input type="checkbox"/>可・<input type="checkbox"/>不可</p> <p>○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。</p>	
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。	
※代理申込みまたは代理受領 される方は、本人確認書類 (写真付)を必ずご提示ください。 (写真付)を必ずご提示ください。 当院控えとしてコピーさ せていただく場合もありますので ご承知おください。	代理人住所 : _____	代理人電話 : _____
	患者署名 : _____	印

○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	52 歯科口腔外科	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	<input type="checkbox"/> 病院所定診断書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 生命保険診断書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 労災関係書類 () _____ 通												<input type="checkbox"/> 障害年金診断書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 身体障がい者診断書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 () _____ 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。	<input type="checkbox"/> 出産(育児一時金・手当金) _____ 通 <input type="checkbox"/> 傷病手当金申請書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 () _____ 通												<input type="checkbox"/> 医療費証明書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 医療等の状況 (月) _____ 通 <input type="checkbox"/> 自立支援医療診断書 _____ 通													
証明内容	<input type="checkbox"/> 病名 _____ <input type="checkbox"/> 初診日 _____ <input type="checkbox"/> 手術名 _____ <input type="checkbox"/> 通院期間 _____ <input type="checkbox"/> 入院期間 _____ <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 _____ <input type="checkbox"/> 新規・更新 _____												<input type="checkbox"/> 就労不能・就労可能 _____ () _____													
証明期間	① 入院・通院 _____ ② 入院・通院 _____												① その他 () _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日													

○お問い合わせ : 0465-34-3175 (内線 : 3120) 小田原市立総合医療センター-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。

事務 使用欄	受付者	医師依頼日	代金	お渡し予定日
	印	/	未・済	/