

# 診断書等申込書

[ 原本 ]

(作成には、2週間程度かかります)

※ 下記の太枠内を全てご記入ください。

		申込日	年	月	日
カルテ番号		提出先	市役所	教育委員会	年金機構
フリガナ			学校	保育園	幼稚園
患者名		(名称:	)		
生年月日	年 月 日	紹介状(宛名:	先生 )		
住所	〒	その他(宛名:	)		
電話番号		指定用紙	なし ・ あり		
携帯番号		申込歴	なし ・ あり (同一書類の申込)		
主治医	( ) 医師	文書料金	9,000円 ・ 6,400円 ・ 3,200円		
定期診察日	<input type="checkbox"/> 前回 年 月 日	保険適用	・ ( )円		
	<input type="checkbox"/> 本日 【 申込日と同日 】		検診書 ・ 負担なし		
	<input type="checkbox"/> 次回 年 月 日				

※医師と事前に書類についてお話しされていますか？(医師の診察がないとお書きできない場合があります) はい ・ いいえ

## 書類

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書(精神用・肢体用) | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(病院宛て・その他)     |
| <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当認定診断書(精神用・肢体用)  | <input type="checkbox"/> 特別障害者手当認定診断書(精神用・肢体用) |
| <input type="checkbox"/> 年金診断書(精神用・肢体用)         | <input type="checkbox"/> 愛の手帳診断書               |
| ※初回の時は申し立て書が必要な場合があります。                         | <input type="checkbox"/> 補装具意見書                |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書               | <input type="checkbox"/> 医師診察記録                |
| <input type="checkbox"/> 自立支援医療診断書              | <input type="checkbox"/> 訓練の報告書                |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳用診断書        | PT ( ) OT ( )                                  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                | ST ( ) 心理 ( )                                  |

## 備考

※ 医師に伝えたい事項、書類に記載が必要な事項、提出期限 等ありましたらご記入ください。

- 書類の内容やお申込み時の混雑状況によって、**作成期間が2週間以上かかる場合がございます**ので予めご了承ください。
- 来院の際は必ず事前に、書類の出来上がり確認のお電話をお願いいたします。 TEL 042-561-2521(代)ダイヤルイン 4番  
※ お電話の際には、診察券のカルテ番号をお尋ねします。
- お受け取りの際には、この申込書[患者様[控]]が必要となります。  
※第1第3第5週の土曜日・日曜日・祝日は休診です。土曜日は第2第4週の午前のみ診療しております。
- 原則、封をしてお渡ししております。

[ 左記内容を確認し、同意しました。 ]

同意署名： \_\_\_\_\_

上記書類を受け取りました。

年 月 日 氏名： \_\_\_\_\_

受取予定日	年	月	日	予定
扱者				