

診断書等申込書

[原本]

記 載 例

(作成には、4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		R6 年 9 月 1 日	
カルテ番号	999999	提出先	市役所 教育委員会 年金機構 学校 保育園 幼稚園
フリガナ	トウキョウ ショウニ	(名 称 :)	
患 者 名	東京 小児	紹介状(宛名:)	先生
生年月日	R6 年 1 月 1 日	その他(宛名:)	
住 所	〒208-0011 東京都武蔵村山市学園4-10-1	指定用紙	なし ・ あり
電話番号	042-561-2521	申込歴	なし ・ あり (同一書類の申込)
携帯番号		文書料金	9,000円 ・ 6,400円 ・ 3,200円
主 治 医	(佐々木) 医師		()円
定期診察日	☒ 前回 R6 年 8 月 1 日 ☐ 本日 【 申込日と同日 】 ☐ 次回 年 月 日	保険適用	検診書 負担なし

※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

書類の名前

- | | |
|---|---|
| ☐ 特別児童扶養手当認定診断書(精神用・肢体用) | ☐ 診療情報提供書(病院宛て・その他) |
| ☐ 障害児福祉手当認定診断書(精神用・肢体用) | ☐ 補装具意見書 |
| ☐ 身体障害者診断書 | ☐ 治療用装具製作指示装着証明書 |
| ☐ 年金診断書(精神用・肢体用) | ☐ 医師診察記録 |
| ☒ 自立支援医療診断書 | ☐ 訓練の報告書 ※リハビリやWISC検査等 |
| ☐ 精神障害者保健福祉手帳用診断書 | PT () OT () |
| ☐ 特別障害者手当認定診断書(精神用・肢体用) | ST () 心理 () |
| ☐ 愛の手帳診断書 | ☐ その他 () |

備考

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

書類の提出期間 有・無 有の場合 R6 年 10 月 1 日 ~ 11 月 30 日

受取希望日: R6 年 10 月 1 日

※おおよそ申込日から4週間後をご記入ください。

- 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4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: 東京 太郎

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

取扱者