

診断書等申込書

〔 原本 〕

(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		年 月 日	
カルテ番号		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		(名 称 :)			
患 者 名					
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	☐ 前回 年 月 日 ☐ 本日 【 申込日と同日 】 ☐ 次回 年 月 日	・ ()円 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

書類の名称

- | | |
|---|---|
| ☐ 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 年 月 日～ 月 日

受取希望日: 年 月 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: _____

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