

文 書 交 付 依 頼 書

受診カード番号		○ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	依頼日		令和 年 月 日
患 者 様	患者名	<input type="text"/> (男・女)		生 年 月 日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
	住 所	<input type="text"/> (〒 -)		都・道 府・県	市・区 郡
	電 話 番 号	自 宅: <input type="text"/> ()	携帯電話: <input type="text"/> - <input type="text"/>		
依 頼 者	依頼者氏名	<input type="text"/> (男・女)		患者様との関係	家 族 ・ 施 設 ・ その他
	住 所	<input type="text"/> (〒 -)		都・道 府・県	市・区 郡
	電 話 番 号	自 宅: <input type="text"/> ()	携帯電話: <input type="text"/> - <input type="text"/>		

注意：ご本人以外の方が記入される場合は、必ず依頼者欄も記入してください。

依頼文書の種類	提出先
<input type="checkbox"/> 診断書（職場提出用・警察提出用・その他）	通 ()
<input type="checkbox"/> 証明書（通院・入院・手術）	通 ()
<input type="checkbox"/> 死亡診断書（追加分）	通 ()
<input type="checkbox"/> 死亡証明書（保険用）	通 ()
<input type="checkbox"/> 紹介状（診療情報提供書）	通 ()
<input type="checkbox"/> 施設入所用（診断書・診療情報提供書）	通 (施設名:)
<input type="checkbox"/> 施設入所用（介護支援専門員意見書・生活相談員意見書）	通 (施設名:)
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票	通 ()
<input type="checkbox"/> 身体障害者認定用診断書	通 ()
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書等	通 ()
<input type="checkbox"/> 休業補償給付支給請求書等	通 ()
<input type="checkbox"/> 診療費領収証明書	通 ()
<input type="checkbox"/> 小中学校提出用証明書	通 ()
<input type="checkbox"/> おむつ使用証明書	通 ()
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書	通 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()	通 ()

【必ずお読みください】 出来上り文書をお受け取りの際は、必ず本用紙コピーをご持参ください。持参されない場合は、お渡しすることができませんのでご了承ください。お渡しまでには、2週間程度かかります。あくまでも目安ですので、出来上がりをお約束するものではありませんのでご了承ください。

コピー
禁止

お渡し日	令和 年 月 日	受取者サイン
		(続柄・施設名) ※続柄及び施設名もご記入下さい。

預り日	令和 年 月 日	預り者名	
診療科	内科・外科・小児科・整形外科・眼科・耳鼻科・皮膚科・泌尿器科	担当医名	

お渡し方法 : (<input type="checkbox"/> 総合受付 <input type="checkbox"/> 各病棟) お会計 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 外来会計 (金額: 円 ※お会計入力お願いします。) <input type="checkbox"/> 入院会計 (※ 文書料は入院費に含まれている為、窓口ではお渡しのみ。) <input type="checkbox"/> 無し ※ お渡しのみお願いします。	文書種類
---	------