

文 書 交 付 依 頼 書

受診カード番号		0 1 2 3 4 5 6 - 7	依頼日		令和 ○年 ○月 ○日
患 者 様	患者氏名	那須南 太郎 (男・女)		生 年 日	(大正・招和・平成・令和) ○年 ○月 ○日
	住 所	(〒 321-0621) 栃木 都・道 府・県 那須烏山 市・区 郡			
	電 話 番 号	自 宅 : 0287 (84) 3911	携 帯 電 話 :	000 - 0000 - 0000	
依 頼 者	依頼者氏名	那須南 花子 (男・女)		患者様との関係	家族・施設・その他 長女 <small>※続柄及び施設名等、ご記入ください。</small>
	住 所	(〒 321-0621) 栃木 都・道 府・県 那須烏山 市・区 郡			
	電 話 番 号	自 宅 : 0287 (84) 3911	携 帯 電 話 :	000 - 0000 - 0000	

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 checked="" type="checkbox"/> 診断書 (<u>職場提出用</u> ・ 警察提出用 ・ その他) 1 通	(○○株式会社)
<input checked="" type="checkbox"/> 証明書 (通院 ・ <u>入院</u> ・ 手術) 1 通	(○○保険会社)
<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 checked="" type="checkbox"/> 紹介状 (診療情報提供書) 1 通	(○○クリニック)
<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 checked="" type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書等 1 通	(○○株式会社 RO. ○/○~○/○)
<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
裏し
書

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"/> 無し <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
---	------