

書類申込書

申込日： 年 月 日 受付者： _____

■書類代金について：お申込み時にお支払い頂きます。

引用者：

■完成までの所要日数：2週間～1か月程度

コスト： 済 ・ 未

※ただし、医師の了解を得ていない書類については、さらに日数がかかる場合がございます。

受付番号：

■書類申込のキャンセルについて：記載済みの書類は、キャンセルおよび返金は出来ません。

※ただし、医師の判断により、書類を作成できない場合は返金致します。

■書類の破棄について：完成後6ヶ月を以降しても受け取りが無い書類については破棄する場合がございます。

【患者情報】 ※連絡先につきましては、日中に連絡のつく番号をご記入下さい。		会計			
		済	未	無	検診命令
氏名：		患者ID：			
生年月日：	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	連絡先：	自宅 (- -)		
			携帯 (- -)		
友の会：	会員 ・ 非会員				

【申込者】 ※依頼者が患者様ご本人の場合は記載不要です。

氏名：		続柄：	
連絡先：	自宅 (- -)		
	携帯 (- -)		

【依頼内容】 ※傷病手当金意見書・通院証明書などは証明期間もご記入ください。

医師の承諾：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ⇒なし・不明の場合は、書類完成までに1か月以上かかる場合があります。				
書類名：	<input type="checkbox"/> 生命保険会社診断書 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 <input type="checkbox"/> 施設入所用診断書 <input type="checkbox"/> 自立支援医療診断書 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳用診断書 <input type="checkbox"/> 年金診断書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書（紹介状） <input type="checkbox"/> 傷病手当金意見書 <input type="checkbox"/> マッサージ同意書 <input type="checkbox"/> はりきゅう同意書 <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 当院書式診断書 <input type="checkbox"/> 労災書式 <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> その他 ()				
診療科：	科	担当医：	医師	部数 (1)	通
証明期間：	年	月	日 ~	年	月 日
その他・備考：					

※身体障害者診断書、障害年金診断書、自立支援医療診断書、精神障害者手帳用診断書は、主治医の承諾なしにお預かり出来ません。

【受取方法】 ※どちらかをお選び下さい。

1. 窓口受取	2. 郵送受取 <input type="checkbox"/> 定型 (84円) <input type="checkbox"/> 定形外 (120円) <input type="checkbox"/> レターパックライト (370円)
---------	---

■郵送受取を希望される場合：郵送料は患者様負担となります。返信用封筒に宛先と宛名をご記入下さい。レターパックライトはラベルに宛先と宛名等をご記入下さい。なお、書類代金および郵送料を事前にお支払いいただけない場合は郵送対応は致しかねます。

■郵送時のトラブルについて：定型および定型外郵便の場合、未着等の調査は出来かねますのであらかじめご了承ください。また、万が一紛失や破損事故等が発生した場合、当院では責任を負いかねますのでご了承ください。

■窓口でお受け取りの場合：必ず書類が完成していることをご確認のうえご来院下さい。(14時～17時)

【お問い合わせ先】汐田総合病院 患者サービス課 Tel : 045-574-1104