

# 書類作成申込書

受付日： 年 月 日

## ◆ 患者情報

患者氏名	ID( )	生年月日	大 昭 平 令 年 月 日
住所	〒 -		
連絡先			
依頼者情報 <small>※ご本人以外の依頼の場合のみ ご記入ください</small>	氏名	続柄( )	
	連絡先		
連絡不要 次回診察時の受け取り希望 次回受診日( )			

↑書類完成後の連絡先について必ずいずれかに○をしてください

※診断書、証明書の作成には内容により2~4週間かかりますので、ご了承ください

## ◆ 依頼内容

依頼医師	
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
通院期間(日)	年 月 日 ~ 年 月 日
療養(見込み)期間	年 月 日 ~ 年 月 日
◎ 原則、お預かりした書類の該当事項はすべて記載します。 所定用紙がない場合や、特記事項等ある場合、必要な記載事項をこちらにご記入ください。	

### 《事務記入欄》

文書料	円 未収 ・ 受領済み ・ 入院費に含む				
書類	通数	書類	通数	書類	通数
診断書(保険会社用)	通	自賠責関係	通	傷病手当	通
労災関係	通	臨床調査個人票	通	後遺障害診断書	通
書類					通数
					通
					通
					通
封筒預かり 有・無					
対応者					

内容を確認の上、書類を受け取りました。

年 月 日 氏名

対応者	
-----	--