

患者ID: _____

診断書依頼書(同意書)

取扱者

鳥取県済生会境港総合病院

診療科 _____ 医師 _____

私は、下記診断書の作成を依頼します。

該当するものを
○でかこんでください

当院発行の診断書 (・提出先 ()
(・内容 ()

診療情報提供書 (宛先: _____)

生命保険 (通院証明: 要 不要)

証明する期間を記入してください

休業補償

傷病手当金請求書

交通事故の診断書及び請求書

学校安全会 (_____ 月分)

死亡診断書 (使用目的: _____)

訪問看護指示書 (宛先: _____ 開始日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~)

その他 (_____)

証明期間

_____ 年 _____ 月 _____ 日から

_____ 年 _____ 月 _____ 日まで

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 印

(自 署) *署名が出来ない場合は、代筆後捺印して下さい。

連絡先電話番号 _____

私が、来院出来ないため下記代理人に委任します。

代理人氏名 _____ 印

代理人住所 _____

代理人連絡先 _____

続柄 _____

*代理人の場合にも、必ず患者の署名・捺印が必要です。

診断書受取書

患者ID: _____

【指示書を受取りに来院される場合、必ずこの受取書を持参して下さい】

診断書依頼日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療科 _____

医師名 _____

診断書内容 当院発行 生命保険 **診療情報提供書** 休業補償
傷病手当金請求書 交通事故の診断書及び請求書 学校安全会(_____ 月分)
死亡診断書 訪問看護指示書 その他(_____)

患者氏名 _____

*書類は2週間程度で出来上がりますが、通常よりお時間をいただく場合がございますので、電話にてご確認ください。

(鳥取県済生会境港総合病院 Tel.:0859-42-3161)