

患者ID:

診断書依頼書(同意書)

鳥取県済生会境港総合病院

取扱者

殿

私は、下記診断書の作成を依頼します。

<input type="checkbox"/> 診断書(当院発行) (提出先:	内容:)																					
<input checked="" type="checkbox"/> 診療情報提供書 (宛先:)																						
<input type="checkbox"/> 生命保険 (通院証明: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)	【証明期間】	<table border="1"> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>~</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>~</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>~</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> </table>	年	月	日	~	年	月	日	年	月	日	~	年	月	日	年	月	日	~	年	月	日
年			月	日	~	年	月	日															
年			月	日	~	年	月	日															
年			月	日	~	年	月	日															
<input type="checkbox"/> 労災休業補償証明書																							
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書																							
<input type="checkbox"/> 学校安全会 (月分)																							
<input type="checkbox"/> 更生医療意見書																							
<input type="checkbox"/> 通院証明書 (月分)																							
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 (新規・更新)																							
<input type="checkbox"/> 特別・訪問看護指示書 (宛先:	開始日:令和	年	月	日	~)																		
<input type="checkbox"/> その他 ()																						

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。

(ふりがな)
代理人氏名 _____ 印

代理人住所 _____

連絡先電話番号 _____ 続柄 _____

*代理人の場合にも、必ず患者の署名・捺印が必要です。 ※問い合わせ番号 _____

.....切 取 線.....

患者ID: &tagPatNo&

診断書受取書

【診断書を受取りに来院される際に、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 _____

【依頼内容】 診断書(当院発行) 診療情報提供書
生命保険 労災休業補償証明書 傷病手当金支給申請書 学校安全会(月分)
更正医療意見書 通院証明書(月分) 臨床調査個人票
特別・訪問看護指示書 その他()

患者氏名 _____

*書類は原則一週間から10日程度で出来上がりますが、病理組織検査の結果待ちなど、通常よりお時間をいただく場合がございますので、事前に電話にてご確認下さい。(問い合わせ先:鳥取県済生会境港総合病院 TEL:0859-42-3161)
*受取書を紛失された場合は、必ず本人確認できるもの、又本人以外の方が受取りに来院される場合は、患者本人が確認できる公的証明書(保険証・免許証等)を持参して下さい。