

患者ID: 9999999

診断書依頼書(同意書)

鳥取県済生会境港総合

当院の患者番号を記入して下さい

取扱者

〇〇科

〇〇

殿

私は、下記診断書の作成を依頼します。

当院の主治医の「診療科」「医師名」を記入して下さい

診断書(当院発行) (提出先:

診療情報提供書 (宛先: 〇〇調剤薬局)

生命保険 (通院証明: 要 不要

依頼元調剤薬局様の施設名をご記入下さい

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)

更生医療意見書

通院証明書 (月分)

臨床調査個人票 (新規・更新)

特別・訪問看護指示書 (宛先: 開始日: 令和 年 月 日 ~)

その他 ()

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

患者(家族)さんに、年月日、氏名、連絡先を直接記入して頂いて下さい

患者氏名 テスト 太郎

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 080-XXXX-XXXX

私が、来院出来ないため下記代理人に委任します。

代筆の場合、代理人欄への記入が必要となります。

(ふりがな)

代理人氏名 テスト 花子

印

代理人住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

連絡先電話番号 090-XXXX-XXXX

続柄 妻

*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。