診断書等申込書(こども棟受付用)

受付日　　年　　月　　日

※太枠内にご記入ください　　ID番号

姓名			生年月日
フリガナ			昭 平 令　　年　月　日
患者さんのお名前			
依頼される方のお名前			父・母 その他（　　）
第三者の方の場合	委任状　・　同意書		
本件の連絡先電話番号	－　　－		
依頼医師	科　　医師		

診断書等の種類と必要な証明期間、枚数【必要な文書に「レ」、期間・枚数等を適宜記入お願いします】

- □ 生命保険等診断書　(入院のみ・通院のみ・両方)　年　月　日～　年　月　日　枚
- □ 診断書（□医師確認済）　(病院様式・様式持参)　(提出先：　　)　枚
  (記載内容・目的：　　)
- □ 学校提出用　(　　)　年　月　日～　年　月　日　枚
- □ 学校生活管理指導表　(アレルギー・心臓疾患・腎臓疾患・糖尿病・その他)　枚
- □ 公費申請書　(精神通院 ・ 育成 ・ 小慢・ 難病)　枚
- □ 手帳　(身障・精神)　枚
- □ 障害年金　(様式：　　)　枚
- □ 福祉手当　(特児 ・ 障害児 ・ 特別障害者)　(様式：　　)　枚
- □ 日常生活用具・補装具　(用具名：　　)　枚
- □ 訪看・特別訪看指示書　(宛先名：　　)　年　月　日～　年　月　日　枚
- □ 診療情報提供書　(宛先名：　　目的：　　)　枚
  (診療科：　　医師名：　　)
- □ その他　(　　)　枚

診断書等の受け取り方法【いずれかに「レ」お願いします】

- □ 郵送受け取り（320円）　□ 速達郵便（620円）
- □ こども棟窓口受け取り（受け取り予定の方に○　本人・依頼者・家族・その他（氏名：　　））

注意事項【確認して全て「レ」お願いします】

- □ 2週間から3週間程度の日数をいただいております。
  なお、内容によりそれ以上かかる場合がありますのでご了承ください。
- □ 窓口受け取りを希望された場合、出来上がり次第ハガキで連絡いたします。
  問い合わせについて極力お控えいただくようご協力お願いします。
- □ 窓口での受け取りの際は申込書控え・写し、ハガキ、患者診察券、受け取り者の本人確認書類のいずれかをお持ちください。

滋賀県立総合病院　文書担当　077-582-5031（代）平日9:00～16:30　※土日祝及び年末年始除く

窓口で受け取られた方の氏名（続柄）

（　　）

職員記入欄
受付（担当：　　）
会計（　□済　□未　）
注意事項説明（　□済　□未　）
交付日：　　月　　日（担当：　　）