

診断書等交付申請書

（宛先）北茨城市民病院事業管理者

太枠内の該当するものを記入又は○で囲んでください。

診療科		主治医		診察券番号		申込日	
内・循環・外・整・皮・眼・耳・ 泌尿・脳・麻・小・産婦・歯						年 月 日	
フリガナ				申込者	(続柄 )		
患者氏名				電話番号	本人・申込者		
生年月日	年 月 日			携帯電話	本人・申込者		
住所				繋がりやすい時間帯を○で囲んでください。 9:00～12:00 ・ 12:00～14:00 14:00～17:00 ・ いつでも			

<input type="checkbox"/> 病院所定診断書 ※ 希望する項目に○をつけてください。 提出先：職場 学校 警察 その他( ) 記載内容：治療経過 入院・通院期間 全治期間 自宅療養期間 その他要望( )	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 宛先： 目的：転院 通所 入所 その他( ) 新規感染症有無の検査は自費です。 感染症 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 生命・損害保険会社診断書 ※	<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書 診察・身体計測が必要な場合があります。
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書 診察・身体計測が必要な場合があります。	<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書 診察・身体計測が必要な場合があります。
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書 ※	<input type="checkbox"/> 労災関係書類 ※
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 ※ 事業所名( )	<input type="checkbox"/> 特別訪問看護指示書 ※ 事業所名( )
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票(新規・更新)	<input type="checkbox"/> 自立支援医療費用診断書
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療意見書(新規・更新)	<input type="checkbox"/> 肝炎治療(新規・更新)
<input type="checkbox"/> マッサージ同意書	<input type="checkbox"/> 医療等の状況
<input type="checkbox"/> その他書類( )	

上覧のうち、※のあるものについては、期間を記入してください。

期間	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

書類受取日	年 月 日	病院記入欄	
書類を受け取った方の名前  (続柄 )		受付者：	担当：
		連絡日	年 月 日

※書類の作成には申込日から2～4週間程度を要します。

問い合わせ：北茨城市民病院 医事課 0293-46-1121（代）