医療等の状況申込書 （学校保健に関する証明申込書です。）

受付者	

申込年月日		平成　28年　　4月　　1日	患者さまとの続柄（個人情報保護のために第三者の方は患者さまの同意書が必要です。） 1. 本人　2. 家族（　父　） 3. その他（　　）
申込者	氏名	フリガナ　シマネ　タロウ 島根　太郎	日中に連絡可能な電話番号をご記入下さ
	住所	〒693－0000 出雲市塩冶町00番地0	電話（　0000　）　00　－　0000
患者さま	氏名	フリガナ　シマネ　イチロウ 島根　一郎	ＩＤ　000　－　000　－　0
	住所	〒693－0000 出雲市塩冶町00番地0	生年月日　昭・平　20年　1月　1日
証明書の種類期間枚数		1. 医療等の状況 ※　年　月分　枚　※　年　月分　枚 ※　年　月分　枚　※　年　月分　枚 ※　年　月分　枚　※　年　月分　枚 2. 治療用装具明細書　枚　（装着日　月　日）	月ごとのお申し込みになります。 装具明細書をお申し込みの方は、装着日をご記入下さい。
学校名		※郵送先を学校にされる場合のみ記入願います。	
依頼診療科		整形外　科　島根　先生 科　先	傷病部位
受取方法（原則郵送です。）		★郵送　（82円切手を貼った返信用封筒に住 郵送先　□自宅　□学校　□そ □窓口　（昼間に連絡ができる方は窓口でお受け取りができます。） 昼間の連絡先　（　　）　－	郵送受け取りご希望の方は、切手をご用意ください。 窓口での受け取りをご希望の方は、日中に 連絡日

医療等の状況を申し込まれた方へ

「医療等の状況」は、月単位での作成となりますので、ご希望の当月には作成することができません。
翌月に内容を確認してからの作成になりますので、出来上がりは、ご希望月の翌月半ば以降になります。
ご了承下さい。

担当
〒693-8501
島根県出雲市塩冶町89-1
島根大学医学部附属病院
地域医療連携センター
TEL0853-20-2067
FAX0853-20-2063