

諸 証 明 申 込 書

申込日	H 28 年 4 月 1 日	窓口	⑧窓	受付者		
患者ID	0 0 0 - 0 0 0 - 0	フガナ	シマダイ ハナコ			
フガナ	シマダイ タロウ	依頼者氏名	島 大 花 子			
患者氏名	島大 太郎	続柄	本人 (家族) 妻) 第三者() ※第三者の方は同意書を提出してください。			
生年月日	明・大 昭 元年 1 月 1 日	性別	男	女	依頼者住所	島根 都道府 出雲 市区 塩冶 村
診療科	肝 臓 内 科	科	00番地0			
担当医師	島 根 先生	先生	連絡先	☎ (0000) 00 - 0000		
<input type="checkbox"/> 診断書(本院様式) <input type="checkbox"/> 学校・職場提出用 休職期間 月 日～ 月 日 復帰・就労可能 月 日から <input type="checkbox"/> 警察提出用(事故日: 月 日) <input type="checkbox"/> その他() 備考欄		<input type="checkbox"/> 出産(一時金) 通 <input type="checkbox"/> 不妊治療助 日中、連絡の取りやすい 通 期間 年 連絡先のご記入をお願いします。 日 <input type="checkbox"/> 障害年金診 通 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新(月末締切) 通 <input type="checkbox"/> 受診状況等証明書 通 <input type="checkbox"/> 特定疾患診断書 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 通 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患診断書 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 通 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(医師の了解を得て下さい) 通 () 障害用 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(更生医療) <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 通 <input type="checkbox"/> " (育成医療) <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 通 <input type="checkbox"/> " (精神通院) <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 通 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 通 <input type="checkbox"/> 養育医療意見書 通 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書(月締切) 通 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当認定診断書(月締切) 通 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当認定診断書(月締切) 通 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> (あて) 通 <input type="checkbox"/> 労災休業補償診断書(初回・2回目以降) 通 期間 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> アフターケア実施期間に関する診断書 通 <input type="checkbox"/> 保育所入所用診断書(月 日締切) 通 <input type="checkbox"/> 免許更新用診断書(月 日締切) 通 <input type="checkbox"/> その他 通 <input type="checkbox"/> ()				
<input checked="" type="checkbox"/> 生命保険 入院・通院・手術 証明書 入院期間 28年 3月 1日～ 28年 3月 31日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 通院期間 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 保険会社名(○○生命保険) ※科が複数の場合は科ごとの証明になります。		1通				
<input type="checkbox"/> 生命保険 通院・手術証明書 通院期間 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 保険会社名()		通				
<input type="checkbox"/> 原本証明(書類:) 目的 のため		通				
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書・傷病証明書 期間 年 月 日～ 年 月 日		通				
<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書(医師の了承を得て下さい)		通				
受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 (原則郵送でお願いしております。) 封筒の記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 窓口受け取り (受取者: 日中(11時～15時の間に)連絡がつく連絡先:) <input type="checkbox"/> (階 A・B・C)入院中 書類は、病棟・自宅・その他() <input type="checkbox"/> 書類は()へ、料金は()					

受取処理	受取作業	小児外科確認用紙 <input type="checkbox"/> 渡し済み	料金計算
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 窓口 連絡済	<input type="checkbox"/> 文書先、請求書は後日郵送 <input type="checkbox"/> 請求書と一緒に郵送 <input type="checkbox"/> 収納で保管(月 日来院) <input type="checkbox"/> その他()	

キリトリ

証明書(診断書)の申込を受け付けました。
平成 年 月 日

患者IDまたは氏名

問い合わせ先
島根大学医学部附属病院
地域医療連携センター

出来上がりまでには3週間～4週間程度の時間を頂いております。
医師の都合により遅れる場合がありますので、ご了承下さい。

TEL 0853-20-2061
FAX 0853-20-2063