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		令和　　年　　月　　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（　　） 3. その他（　　）	
申込者	氏名	フリガナ		
	住所	〒	電話（　　）　　－	
患者さま	氏名	フリガナ	ＩＤ	－　　－
	住所	〒	生年月日	平・令 年　　月　　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）		
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		科　　先生 科　　先生	傷病部位	
受取方法（原則郵送です。）		★郵送 （110円切手を貼った返信用封筒に住所をご記入下さい。） 郵送先　□自宅　□学校 □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　（　　）　　－	発送日 連絡日	

医療等の状況を申し込まれた方へ（受付日：　　）（ID：　　）

「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。

お申し込み内容		
月分	月分	月分
月分	月分	月分
治療用装具明細書　　枚（　　月　　日　）装着		

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
TEL0853-23-2111(代表)
FAX0853-20-2063