横浜市立市民病院

診断書等申込書

連絡事項	処理印	郵送	TEL	TEL	文書
	/	/	済・不在 /	済・不在 /	/

病棟　入院中

年　　月　　日 申込

お申し込みになる診療科に○をつけてください。

腎臓内科	糖尿病リウマチ内科	血液内科	脳神経内科	呼吸器内科	腫瘍内科	消化器内科	循環器内科	女性総合外来	小児科	消化器外科	炎症性腸疾患（IBD）科	乳腺外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	脳血管内治療科	呼吸器外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	神経精神科	リハビリテーション科	放射線診断科	放射線治療科	麻酔科	歯科口腔外科	感染症内科	緩和ケア内科	救急診療科

フリガナ			
患者氏名（NAME）※	性別　男・女	診療券番号	
生年月日	大・昭 平・令　年　月　日（年齢　歳）	主治医	医師
患者住所	〒　－　電話番号　（　）		
証明期間	入院 外来　年　月　日 ～　年　月　日　退院 転科（手術日　年　月　日）		

※ 英文診断書を申し込まれる場合のみローマ字表記もご記入ください（任意）。
※ 黒いボールペンでご記入ください（消せるボールペン不可）。
患者と申込者が異なる場合は、以下の欄にもご記入ください。
ご本人・同居親族以外の方が申し込まれる場合、別途、委任状が必要になります。

フリガナ		続柄	
申込者氏名	本人		
申込者住所（連絡先）	〒　－　電話番号　（　） 同上		

受け取り方法 *1	来院　・　郵送 郵送をご希望の場合、切手代（簡易書留代）を別途いただいております。

*1 来院受け取りの方はご希望の連絡方法を下記欄に記入してください。
郵送希望の方にはご連絡は差し上げませんので予めご了承ください。

書類作成済の連絡方法（来院受け取りの方のみ）	ご希望の連絡方法に○をしてください。 自宅電話　・　携帯電話　・　病棟（入院病棟:　）・ その他	□ 伝言可 □ 留守電可
	連絡先	（連絡希望時間帯:　時～　時）*2

*2 作成済のご連絡は、平日の8時30分から17時までの間となっております。

診断書の種類	一通あたりの料金	必要通数
(1) 病院備え付けの診断書 ■ 記載依頼項目　いずれか○をしてください。 病名・初診日・手術日・手術名・入院期間・自宅療養期間 ・治療期間又は全治期間・病理結果 ・その他（　） ■ 使用目的: 勤務先 ・ 警察 ・ 学校 ・ その他（　）	2,750円	通
(2) 保険会社等の診断書　入・手・通	7,700円	通
(3) 各種年金診断書、身体障害者診断書等	5,500円	通
(4) 訪問看護指示書（指示開始期間:　/　～　/　）	0～3,000円	通
(5) 傷病手当金請求書（証明期間 :　/　～　/　）	0～1,000円	通
(6) その他	0～7,700円	通

コスト　　:済　・　未（　　円）

ポップアップ／新コメ

本人確認　診・保・免・委・その他（　）

受付担当者	
受領年月日	年　月　日
受領確認（サイン）	続柄（　）