



横浜市立市民病院

診断書等申込書

Table with columns: 連絡事項, 処理印, 郵送, TEL, TEL, 文書

棟 階 入院中

お申し込みになる診療科に○をつけてください。

年 月 日 申込

Grid of checkboxes for medical departments: 腎臓内科, リウマチ内科, 血液内科, 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, (IBD)科, 炎症性腸疾患, 乳腺外科, 整形外科, 形成外科, 脳神経外科, 脳血管科, 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, テーシヨン科, 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

Form for patient information: フリガナ, 患者氏名 (NAME)※, 性別 男・女, カルテ番号, 生年月日, 明・大昭・平 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 (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。

Form for applicant information: フリガナ, 申込者氏名, 続柄, 申込者住所 (連絡先), 〒 - 電話番号 ()

Form for delivery method: 受け取り方法 *1, 来院 ・ 郵送, 郵送をご希望の場合、切手代392円(簡易書留代)を別途いただいております。郵送する書類が5枚以上の場合は402円です。

*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。

Form for contact information: 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。 □ 伝言可 □ 留守電可, 自宅電話 ・ 携帯電話 ・ 病棟(入院病棟:) ・ その他, 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。

Table for diagnosis fees: 診断書の種類, 一通あたりの料金, 必要通数. Includes rows for (1) hospital preparation, (2) insurance company, (3) pension/physical disability, (4) visitation/nursing instructions, (5) injury compensation, (6) others.

コスト : 済 ・ 未 (円)

他科診断書申込: 有 ・ 無 (科)

Form for receipt: 受付担当者, 受領年月日 年 月 日, 受領確認 (サイン), 続柄 ()