文 書 申 込 書

作成日 2014年4月

5東	5西	6階	外来

申込年月日 平成　　年　　月　　日

■患者様のお名前

患者番号	

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日生
氏名			
住所			

■お申込みに来られた方についてご記入下さい。

フリガナ		連絡先	TEL　（　）
氏名			携帯
患者様との関係	□本人　□夫、妻　□親　□子　□兄弟、姉妹 □その他（　）		
依頼目的			

★個人情報保護法により、当院でも個人情報の適切な管理に努めております。
お申込者・お受取人さま本人であることを確認するために、公的証明書（運転免許証・健康保険証等）をご提示頂き、ご本人様確認をさせていただく場合があります。
★郵送希望の場合は、封筒に郵送先（ご本人または申込者に限る）を記入し、切手を貼って申し込みください。

≪病院処理欄≫

身分確認　□運転免許証　□健康保険証

□その他[　　]

取扱者	

連　絡	月　日 連絡
郵　送	月　日 郵送

受取人氏名	
受取年月日	平成　年　月　日
備　考	

■文書の種類をご記入ください。

		金額(税抜)	件数	証明期間・その他
1 診断書（病院所定用紙）		1,000円	件	
2 生命保険等診断書	肢体 言語	3,000円	件	
3 身体障害者診断書・意見書	肢体 言語	4,000円	件	
4 障害年金診断書	肢体 言語	4,000円	件	
5 傷病手当証明書		100～300円	件	
6 おむつ使用証明書		1,000円	件	
7 特定疾患更新申請書			件	
8 その他 [　　]			件	

■文書作成には、1～2週間かかりますのでご了承下さい。（出来次第こちらからお電話致します。）
■受診又は計測が必要な文書の場合は、**受診計測後1～2週間**かかります。

病院使用欄　◆入院暦 【　　】

訪問リハ		受診		受診日	時間	担当医
有	無	要	不要			
P・O・S						

計測		計測日	時間
要	不要		

連絡

◆申込後3部コピー（申込者控えとして渡す・文書依頼ファイルに貼付・リハ科用）　◆原本は事務所保管