

文書申込書

患者ID ()

年 月 日

患者氏名		連絡先	
		完成時連絡	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
受診医療機関	<input type="checkbox"/> 加賀市民病院分 <input type="checkbox"/> 山中温泉医療センター分 <input type="checkbox"/> 加賀市医療センター分		
受診科			
入院期間 (入院歴)	① 年 月 日 ~ 年 月 日 医師名		
	<input type="checkbox"/> 入院,通院共 <input type="checkbox"/> 入院のみ <input type="checkbox"/> 手術のみ <input type="checkbox"/> 通院のみ		
	② 年 月 日 ~ 年 月 日 医師名		
	<input type="checkbox"/> 入院,通院共 <input type="checkbox"/> 入院のみ <input type="checkbox"/> 手術のみ <input type="checkbox"/> 通院のみ		
文書種類	診断書、証明書、院内様式	通	傷病手当 (月 日 ~ 月 日)
	生命保険等受給用診断書	通	特定疾患・小児慢性 (<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 新規)
	生命保険等受給用診断書(複雑)	通	症状照会
	生命保険用死亡診断書	通	身体障害者診断書・意見書
	生命保険用死亡診断書(複雑)	通	労災休業補償 (号)
	年金診断書(国民、厚生、共済)	通	自賠責 (<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 後遺症診断書)
	傷病に関する診断書	通	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 受診証明
	障害等級認定のもの	通	
	症状照会書	通	年金 ()
	訪問看護指示書	通	
	訪問リハビリ指示書	通	臨床調査個人票 ()
	特別訪問看護指示書	通	
	訪問薬剤管理指導指示書	通	
	その他文書	通	
連絡欄			

NO. 1

受付	医療支援室				患者連絡	お渡し日
	仮記載者	Wチェック	医師依頼	医事課へ		

※預り証をお忘れの場合は下記に受領者サインをお願い致します

受領者: _____