病院控

記載例

郵 便		病 棟		窓 口	

新潟大学医歯学総合病院

文書申込書・預り書

記入してください。　　申込日　〇〇　年　〇　月　〇　日

患者さん本人以外（**家族含む**）の場合は、ご記入ください。その際、患者さん本人の**委任状**も必要となります。

〇〇－〇〇〇－〇	〇〇〇　科	担当医名	〇〇〇　医師
ニイガタ　ハナコ 新潟　花子	男・女	生年月日 明・大・昭・平　〇〇　年　〇月　〇　日	
新潟市中央区〇〇 TEL　025　－　222　－　1111			
申　込　者 （本人以外）		患者さんとの関係	配偶者・親・子・その他（　　）
連絡先名称	自宅（家族・申込者）・その他（　　）　TEL　090　－　5555－6666 ※日中連絡のつきやすい電話番号を必ずご記入下さい。		
受渡方法	■　郵送希望　（　□　切手あり　・　■　切手なし） ※切手なしの場合は、切手代を併せて請求いたします。 ※文書料金がかかる書類は請求書を同封いたします。 □　出来上がり次第ＴＥＬ □　次回予約日受取り希望（　　月　　日） ※予約日に７番窓口へお越しください。ただし、当日必ずお渡しできるとは		
	通　　円		

郵送希望の場合は、**郵送先が書かれた封筒**をご用意ください。

職場または携帯電話など日中連絡が取れる番号をご記入ください。

記入不要です。

文書の種類及び証明期間をご記入ください。

文　書　名	必要通数	各　証　明　期　間
診断書・証明書（病院所定） 提出先　□学校　■会社 □（　　） 記載事項　■入院期間　□退院後の療養期間 ■病名　□（　　）	1	
診断書・証明書（保険会社用） ■通院特約あり　□通院特約なし	1	25年　〇月　〇日　～　25年　〇月　〇日
死亡診断書		年　月　日　～　年　月　日
傷病		
障害		
特別		年　月　日　～　年　月　日
免許		年　月　日　～　年　月　日
		年　月　日　～　年　月　日
		年　月　日　～　年　月　日
備　　考		

診断書・証明書（病院所定）をご依頼の際は、必ず**提出先と記載事項**をご記入ください。

診断書・証明書（保険会社用）をご依頼の際は、**「通院特約あり」**の場合、退院後**対象の通院期間を過ぎてからのお申込み**となります。

「通院特約あり」の場合は、通院が含まれた期間をご記入ください。

月　日		通	病棟使用欄	□ 医師クラーク連絡済 □ 医師連絡済