

患者様用

# 文書作成依頼書

依頼日:令和 年 月 日

ID \_\_\_\_\_ 患者名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日:昭和・平成・令和 年 月 日生まれ

下記内容の書類の作成をお願いします。※必要なものに☑を付けてください

- 保険会社用診断書・回答書     身体障害者用診断書     通院証明書
- 学校での怪我による証明書(医療等の状況・スポーツ振興センター関連)     休業証明書
- 後遺症診断書     年金障害診断書     難病治療診断書(臨床調査個人票)
- 特定損傷治療証明書(診断書)     傷病手当金支給申請書
- 雇用保険受給資格にかかわる病状証明書(職安・ハローワーク)
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

上記内容に対しての病名、期間の記載をお願い致します。(必須項目)

<病名(わからない場合は部位の詳細)>

<期間>

作成までに2週間程度(内容によってはもう少し)お時間を頂きます。

内容によって診察等を受けていただく必要もあります。

その場合はこちらからご連絡させていただきます。

繋がりのやすい連絡先をご記入ください。

TEL \_\_\_\_\_

※以上のことに同意いただけるようでしたら、下記同意欄にチェックとサインをお願いします。(同意いただけませんと、作成できかねます)

同意します

同意しません

氏名 \_\_\_\_\_