

医療文書申込用紙

I D			申込日	年	月	日
フリカナ			生 年 月 日			
患 者 氏 名			(T ・ S ・ H)			
依 頼 者 氏 名	(患者本人の場合は不要)		患者との関係	:		
証明期間	①	～	～			
	②	～	～			
その他 ご要望	※ 内容によってはご要望に添えない場合がございますので予めご了承ください					
受 取	<input type="checkbox"/> 来院にて受取 <input type="checkbox"/> 郵送にて受取希望 ➡ 切手付返信用封筒をご準備ください。 ※確認欄 切手 <input type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/>					
連絡先	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 上記依頼者 <input type="checkbox"/> 患者本人以外()	〒 - TEL : - -				

※ 完成まで7～14日程度お時間をいただきますので予めご了承ください。

◇振込入金口座◇ ※振込入金ご希望の場合

北海道銀行	八軒支店	(普通)	0716081
北洋銀行	琴似中央支店	(普通)	4193902

(口座名義名)医療法人社団 明生会 理事長 中村 哲也

※振込名は**患者様氏名にてご入金**いただきますようお願い申し上げます

◇お問い合わせ先◇
〒063-0842 札幌市西区八軒2条西1丁目1-1
TEL:011-611-1391(代表)
イムス札幌消化器中央総合病院 文書係
平日:9:00～17:00 土:9:00～12:00 日祝なし

当院記載欄 ※身分証明書 確認(済 ・ 未)

■主治医		受付		DA												受 付							
				Wチェック												現金		振込		受取			
				預かり	登録	下書	依頼	手書き コピー	完成	印	期間	手術	登録	スキャン	続紙	受付申込枚数	連絡	来院 予定	済	文書 郵送	入金 確認	郵送	来院
<input type="checkbox"/>	() 生命保険会社診断書	1通	日付 サイン														() 枚 日付 () サイン () ※申込用紙 除く						
<input type="checkbox"/>	() 生命保険会社診断書	1通	日付 サイン																				
<input type="checkbox"/>	() 生命保険会社診断書	1通	日付 サイン																				
<input type="checkbox"/>	傷病手当金	() 通	日付 サイン																				
<input type="checkbox"/>	() 特定疾患臨床調査個人票⇒内881コール	() 通	日付 サイン																				
<input type="checkbox"/>	診療情報提供書 ⇒内 881ヘコール	() 通	日付 サイン																				
<input type="checkbox"/>	院内診断書 ⇒内 881ヘコール	() 通	日付 サイン																				
<input type="checkbox"/>	その他 ※下記欄へ記載	() 通	日付 サイン																				