

受付日：

診察券No.

文書作成申込書

発達外来用【HP】

患者様控 ・ 療育園控

フリガナ		生年月日	(昭和・平成・令和)	年
患者氏名			月	日
住所	(〒 -)			
連絡先	① () 【 】	② () 【 】		
	※ ①→②の順番でご連絡いたします。【 】に続柄をご記入ください。			

↓ご希望文書の口欄に✓をお付けの上、希望通数をご記入ください。

診断書・意見書等の名称	通数	金額(税込)
<input type="checkbox"/> 障害者年金診断書	通	11,000円
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書	通	11,000円
<input type="checkbox"/> 英文紹介状	通	11,000円
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書	通	11,000円
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書	通	7,700円
<input type="checkbox"/> 自立支援医療診断書(通院精神)	通	7,700円
<input type="checkbox"/> 診断書(精神障害者保健福祉手帳用)	通	7,700円
<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当認定診断書	通	7,700円
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当認定診断書	通	7,700円
<input type="checkbox"/> 英文診断書	通	7,700円
<input type="checkbox"/> 診断書(指定書式なし、当園書式のもの)用途:	通	4,400円
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) 紹介先医療機関: 診療科: 科 担当医: 先生	通	保険請求 原則主治医再診でお渡しします。
<input type="checkbox"/> その他文書()	通	

★手帳：有・無 → 【有の場合】療育手帳：A1・A2・B1・B2 精神障害者手帳・身体障害者手帳：1・2・3

★受取希望日： 年 月 日 ・ 希望なし

<input type="checkbox"/> 医学的意見書(就学相談用、封緘されているもの)	通	文書料なし 当園より市へ郵送いたします。
--	---	-------------------------

※作成には約1ヶ月期間を要します。※文書料を徴収いただけない場合、文書をお渡してきかねますので予めご了承ください。

※スタッフ記入欄	主治医： 阿久津 細田 根本 開田 鈴木 先生			
当園最終受診日(本人含)：	年 月 日	リハ計測：	要 ・ 不要	
↓①~③ 該当箇所医師判断				
①作成： 可 → ②,③へ ・ 不可 → カルテファイルは戻しカゴへ				
②作成前診察(本人含)：		③文書お渡し： 主治医再診(本人含・家族のみ) ・ 窓口 ・ 無(郵送)		
②,③判断後、カルテファイルは書類ラック下段「作成中」へ→作成後、こちら↓に作成日を記入&○付け、戻しカゴへ (/) 作成完了 ・ ほぼ作成済 診察で完成予定				