診断書等申込書

＊診断書を必要とする患者様について太枠内にご記入願います。
＊各電話番号は、医療機関から確認や出来上がりの連絡を入れる際の番号をご記入ください。

ふりがな		診察券番号	
患者様名		生年月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日
住　所	※診断書に記載するご住所をご記入下さい。 〒		
電話番号	※出来上がり時の電話連絡（　要　・　不要　） ① ②		
お受け取り方法どちらかに☑	□ 窓口受取 □ 郵送　※封筒へ住所をご記入ください　（手数料一律￥300） ※スタッフ確認欄 ◆郵送先が現住所と異なる場合は要確認！ ・様方（ 要 ・ 不要 ） ・パピルスの住所変更（ □済み ）		

申込者

※申込者が患者様ご本人の場合は、住所・電話番号の記入は必要ございません。

ふりがな		続　柄	本人 ・ 同居家族 ・ 別居家族
申込者名			父 ・ 母 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 配偶者 ・ その他（　　）
住　所	〒	電話番号	自宅： 携帯：

証明が必要な期間										
通　院		平成 令和	年	月	日 ～	平成 令和	年	月	日	
入　院	①	平成 令和	年	月	日 ～	平成 令和	年	月	日	入院中 退　院
	②	平成 令和	年	月	日 ～	平成 令和	年	月	日	入院中 退　院
就労不能期間		平成 令和	年	月	日 ～	平成 令和	年	月	日	

※以下スタッフ使用欄

依頼者	処理者	コピー	スキャン	電カル	医コン	請求書	掲示板	パピ

会計 ￥　　（ 済 ・ 未 ） 受者 ：

お預かり日 ： ／

備　考	
出来上がり連絡： ／　　連絡者：	交付人：（　　） 掲示板処理：（　　）
書類郵送日： ／　　郵送者：	

受取者

受取者名		続　柄		受取日	／