

診察券No.

患者氏名

保険会社所定書式診断書

通院日の項目がある場合： 記載不要 記載必要（年　月　日～年　月　日）

就労不能期間の項目がある場合：記載不要 記載必要（年　月　日～年　月　日）

複数科での証明の際、診断書の用紙が不足している場合は保険会社へコピーでの対応が可能かご確認ください。

コピー対応可

当院書式診断書

※当院診断書を受け取り後の患者さん都合による追記・訂正是再度2200円がかかります。

提出先：勤務先 保険会社 学校 警察 その他（ ）

使用目的：

記載事項：病名 入院期間 手術日 手術名（Kコード）

その他：

当院で作成した死亡診断書

死亡診断書のコピー 葬儀社等からの届出人欄記載

傷病手当金等、労務不能に関する証明書

労務不能期間： 年　月　日～年　月　日（ご希望に添えるかは医師の判断になります。）

具体的な仕事内容：

※紛失等による再発行の場合は受付職員へお伝えください。

※事前に医師へご相談されている方は以下をご記入ください。

（ ）医師へ相談済み。

出産育児一時金・手当金

※出産費用が出産一時金を下回った際の差額請求の場合は書式や請求方法を
ご加入の保険組合へご確認ください。

出産予定日： 年　月　日 出産日： 年　月　日

出生児数：（　　人）・死産児数：（　　人）

直接支払い制度の利用：あり なし

身体障害者診断書・意見書

新規 再認定（以前当院で発行したもの未申請の場合は新規となります）

障害者手帳をすでにお持ちの方→（　　障害）（　　級　　種）

※事前に医師へご相談されている方は以下をご記入ください。

（ ）医師へ相談済み。

※測定や再度受診が必要になる場合があります。

※医師の判断で作成できない場合もあります。

診察券No.

患者氏名

自賠責保険後遺障害診断書

事故日： 年 月 日

上記事故での後遺障害診断書の作成：初めて 2回目（前回作成後に後遺障害が悪化し再度申請）

自覚症状：

※事前に医師へご相談されている方は以下をご記入ください。

() 医師へ相談済み。

※測定や再度受診が必要になる場合があります。

※医師の判断で作成できない場合もあります。

自賠責診断書・明細書

※入院・外来別で月ごとの作成になります。(1通6050円)

事故日： 年 月 日

書式持参：あり (当院は新書式ではなく旧書式での作成になります。)

なし → 保険会社に当院の予備書式での作成で良いかご確認ください。

自賠責保険明細書の証明期間については申込書の証明期間欄へご記入ください。

特定医療費請求書

証明が必要な診療年月： 年 月 日 ~ 年 月 日

※今月の診療費につきましては⑤窓口で返金対応いたします。

手元に受給者証が届くまでの間に当院を受診した為

受給者証の自己負担限度額が変更になった為 (※新・旧の受給者証をお持ちでしたらご提示ください。)

小児慢性特定疾病の方は下記

証明が必要な診療年月： 年 月 日 ~ 年 月 日

受給者証をお忘れの方は有効期間をご記入ください。有効期間の始期： 年 月 日 ~

小児慢性特定疾病 医療意見書

患者生年月日： 年 月 日 (歳)

新規申請 病名：

更新

臨床調査個人票

新規 (更新申請が間に合わず医療費助成の受給期間が切れた場合も新規となります)

➡ 小児慢性特定疾病医療受給者証からの移行 (病名：)

更新

➡ 前回作成医療機関：当院 他院 ()

※検査データ等が必要になった場合に前回作成分のコピーを取り寄せる事があります。

※特定医療費（指定難病・小児慢性）受給者証をお持ちの方はご提示ください。

※再度受診が必要になる場合もあります。

障害支援区分に係る医師意見書

前回作成医療機関：当院 他院 ()

※行政からの患者さん宛てご案内文書を除いたものを受付窓口へご提出ください。

※書類完成後は意見書を病院から行政へ郵送するため、完成時連絡はいたしません。

受診状況等証明書

当院初診日： 年 月 日 年金診断書 種類：() の障害

病名：

障害年金診断書作成医療機関：

障害年金等診断書・特別児童扶養手当認定診断書・特別障害者手当認定診断書

現症日： 年 月 日

特別児童扶養手当（糖尿病）

インスリン注射の施行：自己管理一部介助 全部介助 → 介助の必要な理由：血糖値測定：自己管理一部介助 全部介助 → 介助の必要な理由：

状態に応じてインスリン量の調節、

又は捕食などができるか：自己管理一部介助 全部介助 → 介助の必要な理由：

精神障害者保健福祉手帳用診断書

障害年金（精神の障害） 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害） 精神障害者保健福祉手帳用診断書

特別障害者手当認定診断書 IQ 検査等の検査結果をお持ちの方はご提示ください。コピーを取らせていただきます。

教育歴：小学校（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）中学校（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）

高校（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）職歴：

現症時の就労状況：一般企業 就労支援施設 その他（ ）雇用形態：障害者雇用 一般雇用 自営 その他（ ）

勤続年数：(年 ケ月) 仕事の頻度：(週に：月に () 日)

ひと月の給与：(円程度) 仕事内容：

仕事場での援助の状況や意思疎通の状況：

福祉サービスの利用状況：なし 障害者総合支援法に規定する自立訓練 共同生活援助 居宅介護、その他障害福祉サービス等 []生活環境：入院・入所（施設名： ） 在宅（単身・家族と同居）その他（ ）

家族、家族以外の者との対人関係：

日常生活能力：（複数チェック可能）

食事：自立 半介助 全介助 洗面：自立 半介助 全介助排泄：自立 半介助 全介助 おむつ：必要 不要衣服：自立 ボタン不能 着れない 脱げない 入浴：自立 半介助 全介助危険物：大体わかる 場所はわかる 特定のもの 全くわからない睡眠：問題なし 寝ぼける 時々不眠 夜眠らず騒ぐ金銭管理・買い物：できる おおむねできるが時に助言や指導を要する 助言・指導があればできる できない通院や服薬：できる おおむねできるが時に助言や指導を要する 助言・指導があればできる できない銀行手続き・公共施設利用、社会生活に必要な手続き：できる おおむねできるが時に助言や指導を要する助言・指導があればできる できない

その他日常生活能力について医師へ伝えたい事