**診断書記載依頼用紙**

自治医科大学附属病院　移植外科

書類原本がお手元にない場合はこの用紙をご利用ください。

下記項目を記入し、必ず返信用封筒（切手貼付・住所記載）を同封のうえ医局宛お送りください。

書類記入には２週間ほどお時間をいただく場合もありますこと、ご承知おきください。

**送付先：〒329-0498　栃木県下野市薬師寺3311-1　自治医科大学消化器一般移植外科**

**医局　小林一恵　宛**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険情報 | 保険者番号（　　　　　　）被保険者番号（　　　　　）被保険者番号（　　　　　）　被保険者個人単位枝番（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格取得年月日　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 |  | | |
| ID |  | | |
| 書類名 |  | | |
| 受給券情報 | 受給者番号 | | 有効期限　　　　　年　　　月　　　日 |
| 原疾患名 |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 出生時の住民登録 | 都道府県 | 市区町村 | |
| 出生状況 | 出生時体重　　　　　　　　ｇ | 出席週数：在胎　　　　週　　　　日 | |
| 就学就労状況 | 就学前　　　　小学校　　　　　特別支援学校　　　　高校　　　　大学　　　　就労  未就労かつ未就学　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 手帳取得状況 | 身体障碍者手帳 | なし　　　　　　あり（　　　　級） | |
| 療育手帳 | なし　　　　　　あり | |
| 精神障害者福祉保健手帳（障碍者手帳） | なし　　　　　　あり（　　　　級） | |
| 受領方法 | 次回外来受け取り（　　　月　　　日） | 返送（　　　　月　　　　日　必着） | |

|  |
| --- |
| 通信欄 |

2024改訂版