診療情報提供書（紹介状）　交付申込書

福岡市立こども病院
Fukuoka Children's Hospital

申 込 日	令和　　年　　月　　日

○ **患者本人**

フ リ ガ ナ		患者番号	
患 者 氏 名		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　　月　　日

○ **申 込 者**

氏　　名	（患者との続柄：　　）　・　患者本人
連 絡 先	①　携帯　（　　）　　－
	②　（　　）　　－

○ **申込内容**

書 類 名	**診療情報提供書（紹介状）**	部　数	部
診 療 科		担当医	
紹 介 先	病院名		
	住　所		
連絡事項			

受取方法	窓口受取（平日のみ）　・　郵送受取　□　レターパックプラス（600 円）追跡有・対面受取 □　レターパックライト（430 円）追跡有・郵便受け

○ **確認事項**（お読みいただき、□にレを入れ、署名をお願いします。）

□　郵送による紛失に関しては一切の責任を当院では負いかねます。

□　文書記載にあたっては２～３週間程度の日数をいただきます。
なお、複雑な文書についてはさらに期間をいただく場合もあります。
特に、小児神経科については 1～2ケ月程度の日数を要します。

□　申込後は、申込者の都合によるキャンセル、料金の返金及び受取方法の変更による郵送料の返金はできませんので、充分ご確認の上お申込みください。ただし、医師の判断により文書等が作成できない場合には返金いたします。

以上のことに同意します。

署　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　ご不明な点がありましたら、文書受付窓口にてお問い合わせください。

上記の文書を受け取りました。　令和　　年　　月　　日

署　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜文書窓口記載欄＞

受付　＿＿＿＿（3713）

算定　＿＿＿＿＿＿　／　No.＿＿＿＿

連絡　＿＿＿＿＿＿　／

交付　＿＿＿＿＿＿　／　（ 窓口　・　郵送 ）

□　申込時支払い　□　後日支払い

□　受取時支払い　□　支払無

□　退院時精算

□　郵送による請求

R7.8.6 改定