

E.身体障害者診断書・意見書内容確認書

患者氏名_____様

【基本情報】

区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 弁置換 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 再認定	前回作成 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他の医療機関() 当院から前回作成医療機関への問い合わせ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※不可の場合は診断書コピーをご提出ください
住所	〒 -	

ご記入ありがとうございました

こちらの用紙を②文書窓口にお出しください