## 診療情報提供書・診断書の依頼

利用者(	)様につい	て、介護	保険サーと	ごス (		) Ø
開始・継続・再開・施設入所	の目的で、	診療情報	提供書·診	断書の作成をこ	で依頼申し上げ	ます。
	病院・医	<u>院</u>				
	先	<u>生</u>				
《 検査の実施について 》 ※	該当番号に〇	印				
• 胸 部 X 線	1. 必要 2	2. 過去の	検査結果が	あれば検査不要	(無ければ必要)	) 3. 不要
·感染症検査(HBs抗原、HCV、TPHA	) 1. 必要 :	2. 過去の	検査結果が	あれば検査不要	(無ければ必要	) 3. 不要
・感染症検査(	)※MRSA検査	で等必要な検査	名を記入	1. 必要	2. 不要	_
_〈作成期限〉	年		月	日頃まで		_
〈連絡欄〉						_
	7	成	年 月	日		
		(依頼者)	事業所名			
			担当者名			
電話番号						

(平成30年)								
診療情報提供書・診断書の依頼								
利用者( )様について、介護保険サービス(	) の							
開始・継続・再開・施設入所 の目的で、診療情報提供書・診断書の作成をご依頼申し上げます。								
病院・医院								
《検査の実施について》 ※該当番号に〇印								
・胸 部 X 線 1. 必要 2. 過去の検査結果があれば検査不要 (無ければ必要)	3. 不要							
・感染症検査 (HBs抗原、HCV、TPHA) 1. 必要 2. 過去の検査結果があれば検査不要 (無ければ必要)	3. 不要							
・感染症検査( )※MR S A検査等必要な検査名を記入 1. 必要 2. 不要								
〈 作成期限 〉 年 月 日頃まで								
_〈連絡欄〉								
平成 年 月 日								
(依頼者)事業所名								
担当者名 ····································								
電話番号								