（平成30年3月作成様式）

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

先生

《 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（　　）※MRＳA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

（平成30年3月作成様式）

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

先生

《 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（　　）※MRＳA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