

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○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〉

 年 月 日

(依頼者) 事業所名

 担当者名

 電話番号

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○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〉

 年 月 日

(依頼者) 事業所名

 担当者名

 電話番号