

診療情報提供書の依頼

(令和3年9月作成様式)

ふりがな

利用者（ ）様について、介護保険サービス（開始・継続・再開・施設入所）の

目的で、診療情報提供書の作成をご依頼申し上げます。

_____ 病院・医院・クリニック

_____ 先生

利用者情報

要介護認定 要支援 1・2

要介護 1・2・3・4・5 申請中

認定有効期間

(年 月 日 ~ 年 月 日)

《 検査の実施について 》 ※該当番号に○印

・胸部X線 ① 必要 ② 1年以内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）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・TPHA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 〉 _____

情報提供先（事業所名）

サービス名

年 月 日

【依頼者】事業所名 _____

担当者名 _____

連絡先 TEL _____ FAX _____