

## 介護書類作成依頼書

上尾中央総合病院

様

利用者氏名 \_\_\_\_\_ について、下記の書類を  
作成していただきたく、お願いいたします。

なお、検査項目に関しましては、実施後 3 ヶ月以内のものをお願い致します。新たに検査を実施する  
場合、書類代金の他に検査料が自己負担となる場合があることについて、再度ご説明をお願いい  
たします。

- 診療情報提供書 居宅・地域・ケアマネジャー用 1 通
- 〈居宅用〉介護保険サービス利用健康診断書 1 通
- 〈老人保健施設用〉介護保険サービス利用診療情報提供書 1 通
- 訪問看護指示書、在宅患者訪問点滴注射指示書 1 通

指示期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~

注) 訪問看護の一環としてリハビリを行う場合については、時間・回数(週)等の記載が必要になり  
ます。 1日あたり( )分を週( )回

- 特別訪問看護指示書 1 通
- 指示期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~
- 訪問リハビリテーション依頼書 1 通
- 指示期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~

(宛先と同一の場合は記入不要)

宛先事業所 \_\_\_\_\_

依頼事業所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_