**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ケ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**

**連　絡　先**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先