## ◆診療情報提供依頼書◆

札幌共立五輪橋病院 医事課 宛

〒005-0802 札幌市南区川沿2条1丁目2番54号 TEL: (011)571-8221 FAX: (011)571-7405

以下の事者について訪問看護指示書の作成を依頼いたします。

患者氏名	ID:	
生年月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成 年 月 日	
主治医	診療科:	
	提 出 先 (宛 名)	
医療機関·事業所名		
医師名	診療科:	
住所	〒 −	
TEL/FAX	TEL : FAX :	
	依 頼 内 容	
□ 転医(訪問診療等の □ その他(	並診も含む)	
訪問看護指示書の発行お □ 患者または患者の代理	よび費用の支払いに関して、 関人(続柄: )の同意をとりました。	
	提供料250点が発生します。 い場合は、次回受診時にお支払いいただくことになります。 ない場合は、患者さまへ自費請求となりますので、ご注意ください。	
事業所名		
依頼者名		
TEL/FAX	TEL : FAX :	
送付方法	□ 郵送 □ FAX送付 □ その他( *郵送を選択された場合は、返信用切手を貼付した返信用封筒を同封してください。	)
連絡欄】		
	かどに上し発行できない担合までざいます	

- ※ ご依頼理由や最終来院日などにより発行できない場合もございます。
- ★ 作成には1週間から10日ほどお時間をいただいております。お急ぎの場合は別途ご相談ください。