

年 月 日

科 病院
先生

事業所名
担当者氏名
電話・Fax

介護保険用 診療情報提供書（依頼）

日頃より、大変お世話になっております。在宅療養等の支援のため、下記患者様の介護保険用診療情報提供書の作成をお願いいたします。

つきましては、下記の主治医に対する照会（依頼）内容を記載しましたので、診療情報提供書の下段等へご回答くださいますようお願い申し上げます。

記

患者氏名：

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）

住 所：日立市・（ 市） 町

照会（依頼）内容

--