

F A X 送 信 用 紙

旭川市生活支援課医療介護係 行
(FAX 26-7654)
※送信誤りに御注意ください。

医療機関名

TEL -
(担当:)

フリガナ 患者氏名	生年月日	診療月日	指示書を 発行した 医療機関	医療券の種類
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）
			<input type="checkbox"/> 特別指示書	単独・併用（社保・精神・結核）

※ 被保護者が受診する際には、事前にご連絡をいただき、医療券を発券していますが、未着の医療券がありましたら、患者氏名等の必要事項を記入してください。

※ 特別訪問看護指示書（精神科含む。）が交付されている場合は、特別指示書にレ点を記入してください

※ 入力締切日（別紙：医療券発行日程を参照）の正午（12:00）までに送信してください。