

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。

記載例

医療機関名

訪問看護ステーション △△

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
アサヒカワ タロウ 旭川 太郎	S20.4.4	4月15日	○○病院 <input type="checkbox"/> 特別指示書	①併用 (社保・精神・結核)
アサヒカワ ハナコ 旭川 花子	S45.1.1	4月20日	××医院 <input checked="" type="checkbox"/> 特別指示書	①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。