

結核医療以外の診療依頼書

年 月分

氏 名		男 女	年 月 日 生 (歳)		
住 所	〒()				
公費負担医療 の受給者番号				患者票の有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日
病 名				診療を希望する 指定医療機関	
医療を必要 とする理由					

上記のとおり、結核医療以外の医療が必要であると診断したので、診療を依頼します。

年 月 日

医療機関名

医師名

- (注) 1 この依頼書は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律により入院勧告を受けた患者が、入院中の結核指定医療機関以外の結核指定医療機関で結核医療以外の医療を必要とするときに主治医が作成し、交付してください。
- 2 この依頼書を交付する際には、依頼書の写しを保健所に提出してください。
- 3 依頼書の有効期間は患者票の有効期間と同一です。
- 4 結核医療以外の医療を受けるために、この依頼書を交付された患者は、診療を受けるときに医療機関に持参してください。
- 5 診療の依頼を受けた結核指定医療機関が、診療報酬の請求を行うときは、診療報酬明細書にこの依頼書を添付して社会保険診療報酬支払基金等に請求してください。