

(開成町)

平成 年 月分介護保険（主治医・指定医）意見書作成内訳

医療機関名

番号	申請者氏名	意見書作成日	検査の有無	検査項目
1		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
2		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
3		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
4		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
5		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
6		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
7		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
8		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
9		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
10		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
11		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
12		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
13		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
14		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I
15		平成 年 月 日	有・無	A・B・C・D・E・F・G・H・I

検査の有無について、有の場合は検査項目欄に記入してください。

A - 血液採取 B - 抹消血液採取 C - 血液学的検査判断料
D - 血液化学検査（10項目以上） E - 生化学検査（ ）判断料
F - 尿中一般物質定性半定量検査 G - 単純撮影 H - 写真判断（胸部）
I - フィルム（大角）