

かえつ医療介護連携協議会 スキャン・入力代行依頼

かえつ医療介護連携協議会 殿

かえつ医療・介護ネットワークシステム(ときネット)の以下の作業内容を依頼します。

患者ID	氏名	依頼内容(何れかにチェック)
1		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書、 <input type="checkbox"/> 検査、 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 地域連携パス(糖尿病)、 <input type="checkbox"/> 救急情報
2		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書、 <input type="checkbox"/> 検査、 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 地域連携パス(糖尿病)、 <input type="checkbox"/> 救急情報
3		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書、 <input type="checkbox"/> 検査、 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 地域連携パス(糖尿病)、 <input type="checkbox"/> 救急情報
4		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書、 <input type="checkbox"/> 検査、 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 地域連携パス(糖尿病)、 <input type="checkbox"/> 救急情報
5		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書、 <input type="checkbox"/> 検査、 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 地域連携パス(糖尿病)、 <input type="checkbox"/> 救急情報

申請日	令和	年	月	日
ふりがな 施設名				
ふりがな				
申請者 自署	姓	名	(印)	

以上