

指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

平成 年 月 日

情報提供先事業所

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名

所在地

電話・FAX

医師氏名

印

様

利用者

氏名		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所		電話番号		年齢			才

診療形態	外来 訪問診療 入院	入院患者の場合	入院日	平成	年	月	日
			退院予定日	平成	年	月	日

情報提供の目的 通常の情報提供 / サービス担当者会議の参加が困難である為 / その他()

〈 傷病名 〉

〈 傷病の経過及び治療状況 〉

障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

〈必要と考える医療・保険・福祉サービス、又はサービス利用に際しての留意事項等〉

訪問看護 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション 短期入所療養介護

〈ケアマネジャーへの連絡事項〉

1: サービス担当者会議への参加について (出席します ・ 欠席します)

2: ケアマネジャーからの連絡方法 (電話 ・ 来訪)

都合のよい曜日 時間帯など ()

*この様式は、医療保険の診療情報提供料(Ⅰ)が算定可能です。

*この様式は、主治医と介護支援専門員等との連携のため、作成されたものです。