

指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

令和 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

利用者	氏名	様	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	令和	年	月	日
			退院(予定)日	令和	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・保健・福祉サービス、又はサービス利用に際しての留意事項>

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

軽度者の福祉用具貸与 その他福祉サービスなど

※サービス提供事業所に指定がある場合は、事業所名とその理由をご記入ください。

<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

医師へ直接 (電話・来訪) ・ 連携窓口 (受付・地域連携室等) へ
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)も算定可能です。