

令和 年 月 日

## 情報提供同意書

私は、介護(介護予防)サービス計画の作成及び介護(介護予防)サービスの提供に際し、必要な場合においては、主治医から下記の居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員等に情報提供することに同意します。

利用者住所 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_ )

情報提供を受ける居宅介護支援事業所等

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

※医師から居宅介護支援事業所等に情報提供される際には、居宅療養管理指導料(介護予防含む)または診療情報提供料の個人負担金が生じることがあります。