

都道府県が指定する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

担当 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名



患者氏名		性別	男・女	職業	
電話番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ()歳		
患者住所	〒				
情報提供の目的					
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの				
	発症日： 昭和・平成 年 月 日				
	発症日： 昭和・平成 年 月 日				
その他の傷病名					
傷病の経過及び治療状況					
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日：	年	月 日
			退院日：	年	月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等					

障害高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M