

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

情報提供先事業所

_____ 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

Ⓜ

患者氏名	_____ 様			性別	男・女
患者住所 電話番号	〒 _____ 電話 () 番				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)	職業
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・保健福祉サービス又はサービス利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					

(様式12の4)