介護支援専門員用　診療情報提供書

〇〇年　〇月　〇〇　日

介護事業所名称　〇〇ケアプランセンター
担当　大阪　花子　　**様**

医療機関名　〇〇診療所
医師氏名　山田　太郎
T E L　(072)〇〇〇－〇〇〇〇
F A X　(072)〇〇〇－〇〇〇〇

患者氏名	堺　太郎	性別	☑ 男　☐ 女
		職業	☑ 無職　☐
電話番号	(072) 〇〇〇－〇〇〇〇	生年月日	☐ 明治　☐ 大正　☑ 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日
患者住所	堺市　〇　区　〇〇〇		
情報提供の目的	介護サービスの導入のため		
疾病名	生活機能低下の原因になっているもの 不安定狭心症		
その他の疾病名	高血圧　不眠症		
疾病の経過及び治療状況	平成〇〇年　〇〇病院に胸痛で緊急入院　退院後、当院にて内服治療中		
診察形態	☐ 外来　☐ 訪問診療　☐ 入院　入院日　年　月　日 退院（予定）日　年　月　日		

必要と考えられる介護・福祉サービス又はサービス利用に関しての留意点

外出と体力低下予防のため、ディケアサービス又は訪問リハビリテーションの導入。
利用時は血圧の変動と転倒に注意して下さい

障害者高齢者の生活自立度

☐ 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　☐ Ⅱ　☐ Ⅱa　☐ Ⅱb　☐ Ⅲ　☐ Ⅲa　☐ Ⅲb　☐ Ⅳ　☐ M

※患者様・ご家族様への説明は事前に医療機関側が行ってください。
※　この診療情報提供書を外部に提供する場合は、必ず主治医の同意を得てください。

堺市医師会