

(様式 3)

診療情報提供書(様式2)における介護支援専門員からの回答(返信)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関名 〇〇病院

住 所 堺市〇〇区

医 師 山田 一郎 先生

介護事業所名 〇〇ケアプランセンター

住 所 堺市〇〇区

担当介護支援専門員

氏 名 大阪 花子

TEL (072) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

FAX (072) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

〇〇年 〇〇月 〇〇日付で、診療情報提供書により情報をいただきました下記利用者につきまして、回答いたします。

利用者氏名	堺 太郎
性別・生年月日	(男)・女) 生年月日 明・大・昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日(〇〇歳)
住 所	堺市〇〇区 電話番号(072)〇〇〇-〇〇〇〇
<回答>	
先生のご助言ありがとうございます。 担当者会議にて現在利用しているデイサービスのレクにて、脳トレを取り入れて認知症の予防を図ることになりました。	

堺市医師会