

介護支援専門員用 診療情報提供書

年 月 日

介護事業所名称

担当

様

医療機関名

医師氏名

T E L

F A X

患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		職業	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/>	
電話番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
			年	月	日
患者住所	堺市 区				
情報提供の目的					
疾病名	生活機能低下の原因になっているもの				
その他の疾病名					
疾病の経過及び治療状況					
診察形態	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院	入院日	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 訪問診療		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ついての留意点					

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 II a II b III III a III b 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。