

(別紙様式12の4)

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

平成 年 月 日

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 \_\_\_\_\_ 印

|                                  |                   |                         |
|----------------------------------|-------------------|-------------------------|
| 患者氏名                             | 性別                | 男・女                     |
|                                  | 職業                |                         |
| 電話番号                             | 生年月日              | 明治・大正・昭和<br>年 月 日生 ( )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

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