

(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 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

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

患 者	氏 名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報