## (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

情報提供的	先事業所						平成	年	月	日
担当			殿	<u>-</u>	47 A - F	+ 144	<u></u> - 1.1	T - * *	• TL	
				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					(Ji)
患者氏名					性別		男	· 女		
					職業	明治・大	下•昭系	:П		
電話番号					生年月日	年	月	_ 日生	(	)歳
患者住所										
情報提供の目的										
傷病名	生活機能的	低下の原因に	こなってい	るもの	発症日:昭	和•平成	年	月	日	
					発症日:昭	福*平成	年	月	且	
その他の修	傷病名									
傷病の経過	<b>耳ひが込</b> 病	14:0								
一方/内リ/正]	回及ひ泊想	<u> </u>								
診療形態	外来 •	訪問診療	• 入院	入院患	者の場合	入院日: 退院日:	<u>年</u> 年	<u>月</u> 月	<u>日</u> 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					
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 □ II □ II □ III										