(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	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
電話番号	世年月日 明治・大正・昭和 は 1 日本 / 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	年 月 日生 ()歳
患者住所	
情報提供の目的	
生活機能低下の原因になっているもの) 発症日: 年 月 日
傷病名	
7.0 W. 0 F. c. D	元是日、 十 万 日
その他の傷病名	
<u>傷病の経過及び治療状況</u>	
	完患者の場合 入院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス	退院日: 午 月 日
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 □ II □ II □ II □	