

(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
		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: 年 月 日		
	発症日: 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