

1) 注意

この書類はFAXでの送信はしないでください。
この書類にて医療機関より利用者情報を提供いただいた場合は、自己負担が発生することを利用者・家族に説明し、ご了解いただいた上でご利用ください。
当該利用者に居宅療養管理指導を算定している場合は、自己負担は発生しません。
軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請には、様式第6号をご利用ください。

診療情報提供書

指定介護予防支援事業者
指定居宅介護支援事業者：

担当介護支援専門員： _____ 様

氏名	様(男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日生(才)
傷病名						

疾病ならびに治療上の留意事項
バイタルサイン上の留意事項
運動機能からの留意事項

精神面からの留意事項
介護サービス提供上の留意事項
その他(体調の変化・ケアプラン全体への留意事項)

居宅療養管理指導 算定 あり なし

住 所： _____ 平成 年 月 日
医療機関名： _____
医 師 名： _____ 印

なお、上記の診断は診察時の状況にもとづくものである。