

(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