様式３

**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**

　　年　　月　　日

情報提供先事業所

担当　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 照会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となっているもの | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |