

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
☐ J 1
☐ J 2
☐ A 1
☐ A 2
☐ B 1
☐ B 2
☐ C 1
☐ C 2

認知症高齢者の日常生活自立度

☐ 自立
☐ I
☐ II
☐ II a
☐ II b
☐ III
☐ III a
☐ III b
☐ IV
☐ M