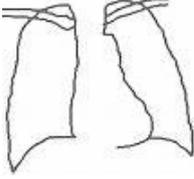


診 療 情 報 提 供 書

氏 名		男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日 (才)
住 所			
診断名 治療 経過 現状			
レントゲン所見 撮影 年 月 日 直接 間接 ※ 必要のある場合のみ 撮影して下さい 	感染症の有無 ※必要のある場合のみ 行ってください。 MRSA () H C V () H B S ()	服薬について (有・無) 内容	褥瘡及び皮膚疾患の有無 (有・無) 部位・状態
入浴の可否 (可・否) ※入浴時の注意事項			
介護サービス利用にあたっての注意事項 (運動の制限や病状の変化への対応等)			
上記の通り情報提供します。 情報提供先事業者名 _____ 様	令和 年 月 日 医療機関名 住 所 医師名 印		

診 療 情 報 提 供 書 の 提 供 に つ い て (お 願 い)

私は、上記 _____ 様の介護支援専門員ですが、この度、 _____ サービスの利用 (その他、必要となるサービスを提供している事業者) に当たって、利用者の健康状態の把握と、サービス提供時における注意事項を把握するうえで、貴院 (所) から居宅介護支援事業所宛の診療情報提供書が必要となりましたので、利用者又はご家族に供与していただきますよう、よろしくお願ひします。

居宅介護支援事業者名
住 所
T E L
F A X
介護支援専門員名

※ 裏面に留意事項があります

留 意 事 項

- 1、この診療情報提供書は、静岡市の介護保険サービスを利用される方について、健康保険法の規定に基づき、その方の保険医療機関である主治医から居宅介護支援事業者等に対して必要な情報提供を行う場合に利用できます。
- 2、介護保険サービスの利用に当たり、この診療情報提供書に記載された項目以外に、利用者の健康状態について把握する必要がある場合には、サービスを提供する事業者（施設）と利用者との間で協議していただくことになります。
- 3、皮膚疾患の項目は、疥癬等伝染性皮膚疾患の有無について記載して下さい。
- 4、利用者の健康状態などにより、レントゲン検査ができない場合には、胸部レントゲンの欄に斜線を引いて下さい。
- 5、主治医は太線内の項目について記入して下さい。