

診療情報提供書

情報提供先事業所

令和 年 月 日

担当 殿

医療機関名 _____
所在地 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____
医師氏名 _____ (印)

フリガナ		職業	
患者氏名			
住所		電話	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)		男・女
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・令和 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
			入院日： 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
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M