**◆この書類はＦＡＸでの送信はしないでください。**

**ご注意**

**◆この書類にて医療機関より利用者情報を提供いただいた場合は、自己負担が発生することを利用者・家族に説明し、ご了解いただいた上でご利用ください。**

**※当該利用者に居宅療養管理指導を算定している場合は、自己負担は発生しません。**

**※軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請には、様式第６号をご利用ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **診 療 情 報 提 供 書**  指定介護予防支援事業者  指定居宅介護支援事業者：  担当介護支援専門員：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | | | |
| 氏　名 | 様( 男・女 ) | 生年月日 | Ｍ･Ｔ･Ｓ　　年　　月　　日生(　　才) |
| 傷病名 |  | | |
| ①疾病ならびに治療上の留意事項 ④精神面からの留意事項  ②バイタルサイン上の留意事項 ⑤介護サービス提供上の留意事項  ③運動機能からの留意事項 ⑥その他(体調の変化・ケアプラン全体への留意事項) | | | |
| 居宅療養管理指導　算定　□あり　□なし | | | |
| 年　　 月　　 日  住　　　所：  医療機関名：  医　師　名：  なお、上記の診断は診察時の状況にもとづくものである。 | | | |

（神戸市介護サービス協会 様式第５号）

2019.4改