

「注意

- ◆この書類はFAXでの送信はしないでください。
 - ◆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

住所： _____ 年 月 日
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。