B：算定可

（別紙様式12の４）

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

情報提供先事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

担当　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

紹介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になっているもの  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 | |
| 居宅サービス（　　　　　　　　　　　　　　　）について  必要 ・ 不要 （どちらかに○をお願いします） | | | | | | |
| 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 □Ｊ１ □Ｊ２ □Ａ１ □Ａ２ □Ｂ１ □Ｂ２ □Ｃ１ □Ｃ２ | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度  □自立 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲ □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □Ｍ | | | | | | |