平成　　年　　月　　日

**介護支援専門員用診療情報提供書**

事業者名

　　　　　　　　　　　　　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名  様 | 性　別　　　　（　　男　　・　　女　　） |
| 生年月日　Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 診断名 | 診療状況等 |
|  |  |

**【相談内容】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護サービスを受ける際の「医学的留意事項」 | 入浴 |  |
| 運動・リハビリ・移動 |  |
| 食事・栄養改善・口腔機能等 |  |
| その他 |  |
| 福祉用具貸与・購入について |  | |
| 医療系サービスを導入するにおける意見・相談 |  | |
| その他 |  | |

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

上都賀郡市医師会北部医師団・日光市ケアマネジャー連絡協議会