

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 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

介護保険サービスを受ける際の『 医学的留意事項 』

下記のとおり、様式1における依頼について情報提供いたします。

該当番号に○	サービス利用に際しての具体的な留意事項
1 入浴に関すること	
2 運動・リハビリ移動等に関すること	
3 食事・栄養改善・口腔機能等に関すること	
4 福祉用具に関すること	
5 訪問看護に関すること	
6 訪問薬剤に関すること	
7 その他の留意点	

医療機関名

主治医氏名

印

令和2年4月1日運用開始

〔作成〕 角田市丸森町地域ケア推進会議(在宅医療・介護連携推進に関する会議)