

## 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

### 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会議(在宅医療・介護連携推進に関する会議)