

年 月 日

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

※自署の場合は押印不要