

令和 年 月 日

## 介護保険診療情報提供書

殿

紹介元医療機関・介護老人保健施設名

住 所

電 話

F A X

科 医師名

印

患者（利用者）氏名	殿	男 ・ 女
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	( 歳)
連 絡 先 住 所		
電 話		

主 治 医	病・医院	医 師	
		電 話	
介 護 度	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
寝 た き り 度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴 呆 度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
ケア・マネージャー名		連絡先	
病 名			
既往歴・現病歴			
感染症の有無	HBs抗原 ( ) HCV抗体 ( ) 肺結核 ( ) MRSA ( ) 疥癬 ( ) その他 ( )		
処方内容			
介護時留意すべき症状等			

なお、熟年健診等の結果の写しをご添付いただければ幸いです。