角田市・丸森町様式＜様式3＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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