

平成 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

FAX

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・J1・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() 疥癬()	HCV抗体() その他()	肺結核() MRSA()
処 方 内 容			
介護留意すべき症状等			

なお、熟年検診等の結果の写しをご添付いただければ幸いです。