

# 診療情報提供書

(情報提供先)

宛て

1. 診療情報提供料(医療保険)
2. 介護保険居宅療養管理指導費算定者(介護保険)

記入日 年 月 日

医療機関名(科名)	TEL :
所在地	FAX :
e-mail @	医師名 印

〈居宅介護サービス、施設サービス用〉 (該当するものに○をつけてください)

フリガナ	電話	( )
利用者氏名 (男・女)	住所	常滑市
生年月日 明・大・昭 年 月 日	診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院
主疾患名	最終診察日	年 月 日
症状・既往歴 治療、服薬の 状況		
病状	1. 安定 2. 不安定 3. その他( )	
血圧 (平常時)	/ mmHg 1. 高めの傾向 2. 低めの傾向 3. 変動あり 4. 普通	
胸部Xp	問題 1. なし 2. あり	撮影日( 年 月 日)
日常生活での留意事項	※介護サービスを利用する上で考慮すべき感染症疾患の有無	
	感染症疾患	1. なし 2. あり 3. 不明
	食事管理	1. なし 2. あり 1. 糖尿病( kcal/日) 2. 血圧食 3. 腎臓食 4. 肝臓食 5. 流動食 6. その他の特別食( )
	移動	1. なし 2. あり 入浴 1. なし 2. あり
	床ずれ	1. なし 2. あり その他 1. なし 2. あり
その他の特記すべき事項		

本診療情報提供書を利用診断書に転用する事を 認める 認めない