

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
	診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院
生年月日	明・大・昭 年 月 日	最終診察日 年 月 日
主疾患名		
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