

介護保険サービスに係る診療情報提供書 依頼・連絡票

様式1

令和 年 月 日

_____先生

担当ケアマネジャー:

事業所 _____

住所 〒 _____

氏名 _____

電話 _____

FAX _____

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、介護保険サービスの利用に際し、下記利用者様の医療情報が必要になるため、別添の診療情報提供書・診断書にてご提供くださるよう、よろしく願いいたします。

尚、医師回答欄に記載のうえ、上記FAX番号への返信もしくは直接電話でご返答くださいますようお願い申し上げます。

記

氏名		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
最終受診日	令和 年 月 日頃	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 入院中		
依頼目的	<input type="checkbox"/> 新規 診療情報提供書作成 <input type="checkbox"/> 再活用要否の確認 (令和 年 月 日作成の診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 文書作成およびそれにかかる費用負担の説明・同意済					
[利用サービスの種類及び現状]						
[情報提供先サービス事業所名]						
[医師回答欄]						
新規作成 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 再活用 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (再作成 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)						
[通信欄]						

※なお、ケアマネジャーが知り得た個人情報については、(厚生省令第38号第23条、規定により)関係者以外に一切公開しないこと、また、診療情報提供書については介護保険サービスの利用以外には使用しないことを申し添えます。