

保健福祉サービス利用における主治医確認書

(指定居宅介護支援事業所等 診療情報提供書)

菊川市立総合病院

申込日： 年 月 日

科 主治医：

事業所名		T E L	
担当者名		F A X	

ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症の状況	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
要介護認定	要支援 (1・2) / 要介護 (1・2・3・4・5)		

ケアプラン作成にあたり、下記の件につき情報提供をお願いします。

このことについては、ご本人・ご家族の承諾を得ており、情報作成を一任されています。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問看護
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (訪問薬剤)
<input type="checkbox"/> 短期入所
<input type="checkbox"/> 施設入所 | <input type="checkbox"/> 訪問介護
<input type="checkbox"/> 訪問入浴
<input type="checkbox"/> 通所介護
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()
<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> その他 () |
|---|---|

- 連絡・確認事項
- ケアプラン作成にあたり、疾病等についての指示、確認
- 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見の確認
(理由:)
- 福祉用具貸与に関する意見書(軽度者に関わる福祉用具貸与の例外給付)依頼
(理由:)
- その他

上記サービス利用については、「指定居宅介護支援事業所等診療情報提供書」にて回答いたします。
書類が作成できましたら、ご連絡させていただきます。

菊川市立総合病院 地域医療支援課
TEL: 0537-35-2344 FAX: 0537-35-2843

【担当者記入欄】

受付日	取扱者	依頼日	文書受取	処理日	連絡日	郵送日