

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