診療情報提供書

|  |
| --- |
| 氏名  生年月日  （　男・女　）M・T・S　　　年　　　月　（　　　　歳） |
| 住所 |
| 既往歴 |
| 診断名・現症・経過 |
| 褥瘡及び皮膚疾患の有無 |
| レントゲン所見・検査結果　　直接　　間接  ※下記の検査は、必要のある  場合のみ行ってください。  ＭＲＳＡ ( )  ＨＣＶ ( )  ＨＢＳ ( )  撮影　　　　年　　　月　　　日 |
| 入浴可否  （　可　・　否　）　　①血圧  　　　　　　　　　　　②入浴時の注意事項 |
| 服薬について |
| 介護サービス利用にあたっての注意事項・情報 |
| 上記の通り紹介します。　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  紹介先事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  医療機関名  住所  医師名 |

※裏面に留意事項があります。

　 　留　　意　　事　　項

１、この診療情報提供書は、静岡市の介護保険サービスを利用される方について、

　　健康保険法の規定に基づき、その方の保険医療機関である主治医から居宅介護

　　支援事業者等に対して必要な情報提供を行う場合に利用できます。

２、介護保険サービスの利用に当たり、この診療情報提供書に記載された項目以外

　　に、利用者の健康状態について把握する必要がある場合には、サービスを提供

　　する事業者（施設）と利用者との間で協議していただくことになります。

３、皮膚疾患の項目は、疥癬等伝染性皮膚疾患の有無について記載して下さい。

４、利用者の健康状態などにより、レントゲン検査ができない場合には、胸部レン

トゲンの欄に斜線を引いて下さい。