

「医療と介護連携のための様式集」の一部改訂について

1. 概要

静岡市地域包括ケア推進課では、在宅医療・介護連携に係る様式を定めていたが、両医師会の様式を統一することで効率化を図る。また①②については「診療情報提供料」の算定要件に適合するよう修正する。

旧様式	新様式
① 静岡市静岡医師会地区版 「診療情報提供書」p6,7	<ul style="list-style-type: none"> ・「居宅サービス計画（介護予防サービス計画）作成に係る診療情報の提供について（依頼）」p3 ・「指定居宅介護支援事業所向け 診療情報提供書」p4 ※上記裏面として ・「（追加様式）軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的所見について」p5
② 静岡市清水医師会地区版 「診療情報提供書」p8,9	
③ 静岡市静岡医師会地区版 「ケアマネジャーと医師との連絡票」p11	<ul style="list-style-type: none"> ・「医師とケアマネジャーとの連絡票」p10
④ 静岡市清水医師会地区版 「医療と介護の連携シート」p12	

※静岡市ケアマネット協会HP等にも掲載

(https://shizuokacma.blogspot.com/p/blog-page_603.html)

2. 今後のスケジュール

- ・令和7年7月25日 静岡市が医療機関及び居宅支援介護事業所向け周知、説明会
- ・令和7年8月1日以降 新様式に順次移行

※本様式は使用を義務付けるものではないため、当面は経過措置として従前様式を使用しても差し支えありません。

3. 次頁以降の資料構成

①② 関連

- ・「介護支援専門員が主治医に意見を求める際の取扱いについて」 … 2
- ・【新】「居宅サービス計画（介護予防サービス計画）作成に係る診療情報の提供について（依頼）」 … 3
- ・【新】「指定居宅介護支援事業所向け 診療情報提供書」 … 4
- ※上記裏面として【新】「（追加様式）軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的所見について」 … 5
- ・【旧】静岡市静岡医師会地区版「診療情報提供書」 … 6,7
- ・【旧】静岡市清水医師会地区版「診療情報提供書」 … 8,9

③④ 関連

- ・【新】「医師とケアマネジャーとの連絡票」 … 10
- ・【旧】静岡市静岡医師会地区版「ケアマネジャーと医師との連絡票」 … 11
- ・【旧】静岡市清水医師会地区版「医療と介護の連携シート」 … 12

その他参考資料

- ・参考1 厚労省様式「指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師）」 … 13,14
- ・参考2 厚労省様式「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）」 … 15
- ・参考3 清水医師会作成「介護ベッド（特殊寝台）貸与に関する意見書依頼（FAX送信票）」 … 16
- ・参考4 清水医師会作成「車いす貸与に関する意見書依頼（FAX送信票）」 … 17

介護支援専門員が主治医に意見を求める際の取扱いについて

1. 医療保険における診療情報提供料について

- (1) 診療情報提供料 (I) : 250点 (1割負担の場合、患者負担は250円)
- (2) 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る居宅サービス計画 (介護予防サービス計画) に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2. 診療情報提供料算定が想定される場面

- (1) 疾病の状況について照会する場合
- (2) 医療系サービス利用についての医学的意見を求める場合
- (3) 軽度者 (要支援1、要支援2、要介護1の被保険者) に対する福祉用具貸与 (特例給付) に係る医学的所見を照会する場合
- (4) その他サービス利用に係る医学的意見を求める場合
※上記(2)及び(3)の場面において、サービス担当者会議、電話照会、面談 (利用者の受診に同伴する等) 等で主治医の意見が確認できるのであれば、保険者として必ずしも主治医の意見を書面で求めることを義務付けるものではありません。(書面で求めない場合は、確認した内容、日時、確認方法、医療機関名、医師氏名を確実に記録に残しておくこと。)

3. 使用する様式

- (1) 介護支援専門員から主治医への依頼文書
「居宅サービス計画 (介護予防サービス計画) 作成に係る診療情報の提供について (依頼)」
- (2) 主治医から介護支援専門員への診療情報提供書
「指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書」
「(追加様式) 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的所見について」

4. 運用について

- (1) この様式は、静岡市内の病院、診療所と居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとの間で使用する。
- (2) 介護支援専門員は、書面で主治医の意見を求める必要性について利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- (3) 病院に依頼する際は、各病院の指示に従う。「総合病院との入退院時に係る連絡先一覧」を参照。診療所にFAXで依頼する際は、診療時間帯に送信する。
- (4) 介護支援専門員は、主治医に意見を求める内容を「相談内容」等に端的明瞭に記す。
- (5) 項目すべてを埋めなくてもよい。
- (6) 施設等への入所、入居の判定にこの様式は用いることができない。「健康診断書」等、適切な様式の文書を用いること。
- (7) 診療情報提供書に記載のない項目 (レントゲン所見等) が必要な場合、依頼文中にその旨を明記するとともに必要に応じて様式添付すること。

新様式

【 居宅介護支援(介護予防支援)事業所 → 医療機関 】

年 月 日

(医療機関名)

(診療科名)

(主治医氏名)

先生

居宅介護支援（介護予防支援）事業所名

住 所

TEL

FAX

介護支援専門員名

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）作成に係る診療情報の提供について（依頼）

平素は介護保険事業の推進につきまして格別のご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度下記の利用者様より依頼を受け、居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の作成を担当させていただくことになりました。

つきましては、状態に応じた適切な計画作成のため、疾病等の状況、身体状況に応じたサービス利用の必要性及び利用に際しての留意点等についてご指導を賜りたく、別紙診療情報提供書にてご教示いただきますようよろしくお願いいたします。

なお、提供いただいた情報については、法令を遵守し適切に管理します。

記

利用者	フリガナ		生年月日	年齢
	氏名			歳
	住所	静岡市		
情報提供に係る同意	同意あり： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他〔 〕			
要介護認定状況	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	有効期間 年 月 日 から 年 月 日			
介護サービス計画の状況	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> その他の変更			
照会内容	<input type="checkbox"/> 疾病の状況について <input type="checkbox"/> 医療系サービス利用についての医学的意見 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 軽度者（主に要支援1、要支援2、要介護1）に対する福祉用具貸与（特例給付）に係る医学的所見 <input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> その他			
相談内容				
利用者の希望				
サービス利用が必要と考えられる状態像・理由等				

新様式

指定居宅介護支援(介護予防支援)事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

年 月 日

担当 _____ 様

 医療機関名
 住 所
 T E L
 F A X
 診療科
 医師氏名

フリガナ		生年月日	年齢
氏名			歳
住所	静岡市		
生活機能低下の直接原因となっている傷病名	発症年月日 発症年月日 発症年月日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 (回/ 週・月) <input type="checkbox"/> 訪問診療 (回/ 週・月)		
入院患者の場合	入院： _____ 退院： _____		
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等 【必要なサービス】 <input type="checkbox"/> 疾病の状況について <input type="checkbox"/> 医療系サービス利用についての医学的意見 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 軽度者（主に要支援1、要支援2、要介護1）に対する福祉用具貸与（特例給付）に係る医学的所見 <input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> その他 【静岡市地域包括支援センターへの情報提供】 <input type="checkbox"/> 総合相談の依頼 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業への参加			
【上記サービスを必要とする理由】 ※福祉用具貸与を選択した場合は追加様式あり			
【利用に際しての留意点等】 ・入浴 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (注意事項： _____) ・運動 <input type="checkbox"/> 制限無 <input type="checkbox"/> 制限有 (注意事項： _____) ・その他			
障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的所見について

□ 特殊寝台、特殊寝台付属品（要支援1、要支援2、要介護1）

□	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する（パーキンソン病等）
□	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる（がん末期等）
□	iii	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当すると判断できる（呼吸不全、心不全等）

□ 床ずれ防止用具、体位変換器（要支援1、要支援2、要介護1）

□	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「寝返りが困難な者」に該当する（パーキンソン病等）
□	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに「寝返りが困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる（がん末期等）
□	iii	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「寝返りが困難な者」に該当すると判断できる（呼吸不全、心不全等）

□ 認知症老人徘徊感知機器（要支援1、要支援2、要介護1）

□	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当し、移動において全介助を必要としない
□	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当するに至ることが確実に見込まれ、移動において全介助を必要としない
□	iii	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当すると判断でき、移動において全介助を必要としない

□ 自動排泄処理装置（要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3）

□	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「排便が全介助を必要とする者」及び「移乗が全介助を必要とする者」のいずれにも該当する（パーキンソン病等）
□	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに「排便が全介助を必要とする者」及び「移乗が全介助を必要とする者」のいずれにも該当するに至ることが確実に見込まれる（がん末期等）
□	iii	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「排便が全介助を必要とする者」及び「移乗が全介助を必要とする者」のいずれにも該当すると判断できる（呼吸不全、心不全等）

□ 車いす、車いす付属品（要支援1、要支援2、要介護1）

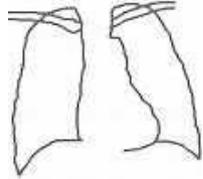
□		日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる
---	--	----------------------------

□ 移動用リフト（要支援1、要支援2、要介護1）

□		生活環境において段差の解消が必要と認められる
---	--	------------------------

旧様式(静岡医師会地区版)

診療情報提供書

氏名	男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日 (才)
住所		
診断名 治療 経過 現状		
レントゲン所見 撮影 年 月 日 直接 間接 ※ 必要のある場合のみ 撮影して下さい 	感染症の有無 ※必要のある場合のみ 行ってください。 MRSA () HCV () HBS ()	服薬について (有・無) 内容
		褥瘡及び皮膚疾患の有無 (有・無) 部位・状態
入浴の可否 (可・否) ※入浴時の注意事項		
介護サービス利用にあたっての注意事項(運動の制限や病状の変化への対応等)		
上記の通り情報提供します。 情報提供先事業者名 _____様	平成 年 月 日 医療機関名 住所 医師名	印

診療情報提供書の提供について(お願い)

私は、上記 _____ 様の介護支援専門員ですが、この度、 _____ サービスの利用(その他、必要となるサービスを提供している事業者)に当たって、利用者の健康状態の把握と、サービス提供時における注意事項を把握するうえで、貴院(所)から居宅介護支援事業所宛の診療情報提供書が必要となりましたので、利用者又はご家族に供与していただきますよう、よろしくお願いいたします。

居宅介護支援事業者名
住所
TEL
FAX
介護支援専門員名

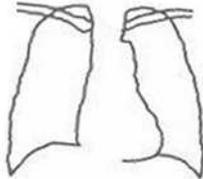
※ 裏面に留意事項があります

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。
- 5、主治医は太線内の項目について記入して下さい。

旧様式(清水医師会地区版)

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			
撮影		年	月	日	※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	()	
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。

ケアマネジャーと医師との連絡票

① ケアマネジャー	② 医師
送信日 年 月 日	送信日 年 月 日
事業所名	病院名
担当CM	医師
TEL	TEL
FAX	FAX

様 (M・T・S 年 月 日)

(要支援____・要介護____・申請中 認定の有効期間 令和 年 月 日～ 年 月 日)

① ケアマネジャーより 下記のとおりお願いします。



- 初回ご挨拶
- 導入サービスのご報告
- 病状などのご相談
- その他

.....

.....

.....

.....

.....

.....

② 医師より

- FAX の内容を承知しました
- 直接会います (曜日 時間帯は 時頃)
- 電話をください (曜日 時間帯は 時頃)
- (居宅サービス計画書 ・ サービス利用票) を送ってください
- その他

.....

.....

.....

.....

.....

旧様式(清水医師会地区版)

医療と介護の連携シート(主治医・ケアマネジャー連絡票)

医療機関の名称 電話番号 F A X 番号 主治医 様	← →	介護事業所の名称 所在地 電話番号 F A X 番号 担当居宅介護支援専門員 氏 名
---	------------	---

◆利用者の情報(*欄は「ケアマネジャー⇒主治医」の場合のみ記入)

フリガナ		生年月日	M・T・S	年	月	日
*要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請中			

◆ケアマネジャー記載欄

本票送付の目的≫ <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無≫ <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
内 容 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーとなりましたのでよろしくお願ひ致します(ご挨拶) <input type="checkbox"/> ケアプランを作成・変更するにあたり、病状などについてのご相談 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など	

◆医師記載欄

本票送付の目的≫ <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	返信希望の有無≫ <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要
<input type="checkbox"/> 電話をください ⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後()時頃 <input type="checkbox"/> 直接会います ⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後()時頃 <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します	
内 容	

参考1

別紙様式 1

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師）

年 月 日

情報提供先事業所
担当 _____ 殿

医療機関名 _____
医療機関所在地 _____
電話番号 _____
FAX 番号 _____
医師氏名 _____

基本情報

利用者氏名	(ふりがな) _____	男 ・ 女	〒 _____
	年 月 日生(歳)		連絡先 ()

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	
1. _____	発症年月日 (年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (年 月 日頃)
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
(3) 日常生活の自立度等について	
・ 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・ 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針	
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 () → 対処方針 ()	
(2) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()	
(3) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	
<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 摂食 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> その他 () → 対処方針 ()	

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(3) 特記事項

人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1) 意向の話し合い

本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日）

話し合いを実施していない（ 本人からの話し合いの希望がない それ以外 ）

※(2) から (5) は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2) 本人・家族の意向

下記をご参照ください 別紙参照（記載した書類等： ）

(3) 話し合いの参加者

本人 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ）

医療・ケアチーム その他（ ）

(4) 医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容

(5) その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

参考2

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名 _____
医療機関所在地 _____
電話番号 _____
FAX 番号 _____
医師氏名 _____

基本情報

利用者氏名	(ふりがな) _____	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	
1. _____	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
2. _____	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
3. _____	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
(3) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針	
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 () → 対処方針 ()	
(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明	
(3) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()	
(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・その他 ()	

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(2) 特記事項

参考3

介護ベッド（特殊寝台）貸与に関する意見書依頼（FAX送信票）

送信日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

宛先： _____ 病院 _____ 科 _____ 医師宛 FAX： _____

発信者： 介護事業所名（ _____ ） ケアマネジャー（ _____ ）

TEL： _____ FAX： _____

利用者氏名： _____ (_____) 介護度
生年月日： ____ 年 ____ 月 ____ 日

■ご依頼内容 要介護度1以下における介護ベッド貸与について

現在、上記ご利用者様について、介護保険上は原則貸与対象外となっておりますが、
起き上がり困難・転倒リスク・褥瘡リスク等が高く、介護ベッドの必要性が高いと判断されます。

つきましては、「特例給付申請」に必要な医師意見を以下にご記入いただき、
【本紙下段の返信欄にてFAX返信】いただけますようお願い申し上げます。

【返信欄：主治医ご記入欄】（※以下にご記入の上、このままご返信ください）

- 起き上がりや立ち上がりが困難であり、介護ベッドによる離床支援が必要と考える
- 褥瘡予防や体位変換の必要性が高く、介護ベッドによる調整が有効である
- 夜間の離床や徘徊による転倒リスクが高く、安全管理の観点から必要
- その他：

医師署名（または記名押印）： _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご協力ありがとうございました。

このままご返信ください。（返信FAX番号： _____ ）

参考4

車いす貸与に関する意見書依頼（FAX送信票）

送信日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

宛先： _____ 病院 _____ 科 _____ 医師宛 FAX： _____

発信者： 介護事業所名（ _____ ） ケアマネジャー（ _____ ）

TEL： _____ FAX： _____

利用者氏名： _____ (_____) 介護度
生年月日： ____ 年 ____ 月 ____ 日

■ご依頼内容 要介護度1以下における車いす貸与について

現在、上記ご利用者様について、介護保険上は原則貸与対象外となっておりますが、移動機能の低下や転倒リスク、屋外移動困難などの事情から、車いすの必要性が高いと判断されております。

つきましては、「特例給付申請」に必要な医師意見を以下にご記入いただき、【本紙下段の返信欄にてFAX返信】いただけますようお願い申し上げます。

【返信欄：主治医ご記入欄】（※以下にご記入の上、このままご返信ください）

- 長距離歩行が困難であり、日常生活での移動に車いすの使用が必要と考えられる
- 屋外歩行中に転倒歴があり、安全確保のため車いすの使用が望ましい
- 疾患・筋力低下により、安定した移動手段として車いすが適切である
- その他：

医師署名（または記名押印）： _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご協力ありがとうございました。

このままご返信ください。（返信FAX番号： _____ ）