

居宅療養管理指導(介護予防居宅療養管理指導)情報提供書

今月訪問月日( ) 記入日:平成 年 月 日

医療機関情報		情報提供先(ケアマネジャー・介護保険事業者等)	
医療機関名:		事業所名:	
医師氏名:		担当者名:	
所在地:		所在地:	
TEL:		TEL:	
FAX:		FAX:	
E-mail:		E-mail:	
利用者情報	フリガナ	生年月日:(明・大・昭 年 月 日生 歳)	
	氏名:	性別: 男 女	
	住所:	TEL:	
	要介護度:要支援(Ⅰ Ⅱ)要介護(Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ) 介護保険番号:		
認定の有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			
利用者(家族)の同意に基づき、下記事項について情報提供します。			
現在の寝たきり度(自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 前回情報提供時からの変化( )			
現在の認知症自立度(自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M) 前回情報提供時からの変化( )			
傷病名		発症年月日	
処方内容			
症状及び経過			
介護サービスを利用する上での留意点・介護方法等			
日常生活上の留意点等			