

深 川 市 長 あて

(医療機関の所在地及び名称)

医師氏名

印

診 療 情 報 提 供 書

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
職業	
疾病名 (本人告知の有無)	
・	(本人告知 有・無) (ICDコード)
・	(本人告知 有・無) (ICDコード)
利用予定サービス	☐ 居宅介護 ☐ 短期入所 ☐ 共同生活援助 (グループホーム) (身体介護希望 ☐ あり ☐ なし) ☐ 移動支援 ☐ その他 ()
障害福祉サービス等の必要性 (生活上の課題と支援の必要性)	
支援の目標及び必要期間に関する意見	
既往歴及び家族歴 (家族の支援状況などを含む)	
症状経過 (発病経過等)	
治療経過 (入院歴、治療歴、現在の症状の安定度を含む)	
現在の処方 (服薬コンプライアンスを含む)	
その他医学的観点からの意見 (かかわる上で注意すべきことなど)	
1 症状が ☐ 安定している ☐ 安定していない	
2 服薬を ☐ 遵守している ☐ 遵守していない	
3 長期の入院が ☐ 必要である ☐ 必要ではない (専ら身体合併症等の治療のための3月を超えない入院は長期の入院に含まれない)	
4 症状が不安定になった場合、入院先として受け入れることが ☐ できる ☐ できない (入院施設がない、あるいは入院施設があっても満床などの理由で入院可能な病院を紹介できる場合は、 ☐ できる にチェックしてください)	
5 患者が希望しているサービスの安全で適正な利用が ☐ 可能である ☐ 困難である (以下6～8は、共同生活援助利用予定の場合)	
6 身体介護が ☐ 必要である (☐ 食事 ☐ 入浴 ☐ 排泄 ☐ その他 ()) ☐ 必要ではない	
7 夜間における介護等の支援が ☐ 必要である ☐ 必要ではない	
8 通院の際、介助が ☐ 必要である ☐ 必要ではない	

備考 1 必要がある場合には続紙に記載して添付してください。
2 市長(保健福祉部長)名を記入してください。

また、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。

- 3 提供された情報について、照会することがありますのでご協力ください。
- 4 提供された情報をもとに、福祉サービス事業者との調整を行うことがあります。
- 5 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用してください。