

診療情報提供書（保健福祉サービスに対する照会書）

利用者	利用者名	（男・女）			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生（歳）
	住 所				
	電話番号				
	要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
現在利用している保健福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
照会内容					
	令和 年 月 日 介護支援専門員 印				
保健福祉サービスに必要な情報					
	令和 年 月 日				
	医療機関名				
医 師 印					

〈市川市介護支援専門員協議会・市川市医師会〉

この診療情報提供書は、診療情報提供料（I）の適用となります。