

承諾書

令和 年 月 日

(医療機関)

先生

(居宅介護支援事業者)

(介護支援専門員)

Ⓜ

診療情報提供書（保健福祉サービスに対する照会書）の依頼について

貴院より御高診をいただいております _____ 様の、診療情報・介護支援サービスに対する照会の件につきまして、別紙、診療情報提供書に御記載の程、お願い致します。なお、下記の通り、利用者又はご家族の承諾をいただいております。

記

[利用者]

氏名 _____ 様 (生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳)

〒 _____
住所 _____

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]

[連絡先・診療情報提供書の返信先]

_____ (利用者・介護支援専門員・その他 _____)

〒 _____
住所 _____

電話 _____ F A X _____

[利用者・家族]

上記の診療情報提供書の依頼について承諾します

令和 年 月 日

〒 _____
住所 _____

氏名 _____ Ⓜ 利用者との関係 (本人・その他 _____)

(市川市医師会・市川市介護支援専門員協議会)