

**診療情報提供書（I）**  
**居宅療養管理指導・情報提供書**

居宅介護支援事業者

宛

患者名		様	
性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
上記患者について、以下のような状態なので、医学的留意事項について情報提供をお願いします。			

**介護サービス利用に係わる医学的留意事項**

病名	
診療状況 処方等	

項目	医学的留意事項
入浴	可・否(理由 ) (血圧) (体温) (感染症)
運動	可・否(理由 )
排泄 移動 栄養 口腔機能 その他	

医療機関名

主治医氏名

印

## 居宅療養管理指導・情報提供書

居宅介護支援事業者

宛

患者名		様	
性別	男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日
上記患者について、以下のような状態なので、医学的留意事項について情報提供をお願いします。			

## 介護サービス利用に係わる医学的留意事項

病名	
診療状況 処方等	

項目	医学的留意事項
入浴	可・否(理由 ) (血圧) (体温) (感染症) (その他)
運動	可・否(理由 )
排泄 移動 食事 その他	(カテーテル・酸素・ストーマ・褥瘡等)
口腔機能	

医療機関名

主治医氏名

印