診療情報提供書及び居宅サービス（介護予防支援）計画に係る主治医指示書

居宅介護支援事業所名：
地域包括支援センター名：
担当者名：

被保険者名	様	性　別	男・女	生年月日	M・T・S　年　月　日
住　所	長崎市			電話番号	
認定結果	要支援（　）・要介護（　）認定の有効期間/　平成　年　月　日　～　平成　年　月　日				

介護又は支援が必要になった主病名	主病名	発病年月日	症状としての安定性
1		年　月　日	安定・不安定・不明
2		年　月　日	安定・不安定・不明
3		年　月　日	安定・不安定・不明

投　薬	無　・　有	降圧剤・狭心症・糖尿病・抗凝固剤・抗精神剤・眠剤・ホルモン剤
		その他注意の必要な薬（　）

介護（支援）サービスを行うにあたっての留意事項 とそれに関する病名（〇〇の時は入浴禁止･受診必要など
1.血圧・脈拍・呼吸等　　無・有（
2.嚥下・摂食等　　無・有（
3.起居動作・移動等　　無・有（
4.入浴・保清等　　無・有（
5.福祉用具利用の必要性　　車椅子（要・不要）　特殊寝台（要・不要）　移動用リフト（要・不要）
6.その他（認知症など　）　無・有（
7.感染症の有無　　無・有　　有の時｛HCV・HB・梅毒・MRSA・その他（　　）｝
8.禁忌事項（リハビリ実施時等に）

必要とするサービスのチェックをお願いします
(　)訪問看護.（　)訪問リハビリテーション.（　)訪問歯科診療.（　)訪問歯科衛生指導
(　)訪問薬剤管理指導.（　)訪問栄養食事指導.（　)短期入所療養介護.（　)短期入所生活介護.
(　)通所リハビリテーション.（　)通所介護.（　)訪問介護.（　)福祉用具貸与.（　）訪問入浴

※　本人・家族の在宅生活を行う上での希望（担当介護支援専門員記入）

平成　　年　　月　　日　医療機関名

住　　所

電 話 番 号

医 師 氏 名　　印

私の担当の介護支援専門員または地域包括支援センター担当者が主治医に情報提供もしくは指示書を依頼し、必要に応じこの情報をサービス担当者会議などに使用することに同意します。

氏名　　印

ご本人以外の時は関係を記入して下さい（　　）

診療情報提供書及び居宅サービス（介護予防支援）※1計画に係る主治医指示書

居宅介護支援事業所名：
地域包括支援センター名※2：
担当者名：

被保険者名	様	性　別	男・女	生年月日	M・T・S　年　月　日
住　所	長崎市			電話番号	
認定結果	要支援（　）※1・要介護（　）　認定の※3有効期間/　平成　年　月　日　～　平成　年　月　日				

介護又は支援※1が必要になった主病名	主病名	発病年月日	症状としての安定性
1		年　月　日	安定・不安定・不明
2		年　月　日	安定・不安定・不明
3		年　月　日	安定・不安定・不明

投　薬	無　・　有	降圧剤・狭心症・糖尿病・抗凝固剤・抗精神剤・眠剤・ホルモン剤
		その他注意の必要な薬（　）

介護（支援）※1サービスを行うにあたっての留意事項 とそれに関する病名（〇〇の時は入浴禁止･受診必要な
1.血圧・脈拍・呼吸等※4　無・有（
2.嚥下・摂食等　無・有（
3.起居動作・移動等※5　無・有（
4.入浴・保清等※6　無・有（
5.福祉用具利用の必要性　車椅子（要・不要）　特殊寝台（要・不要）　移動用リフト（要・不要）※7
6.その他（認知症など　）　無・有（
7.感染症の有無　無・有　有の時｛HCV・HB・梅毒・MRSA・その他（　）｝
8.禁忌事項（リハビリ実施時等に）

必要とするサービスのチェックをお願いします
(　)訪問看護.（　)訪問リハビリテーション.（　)訪問歯科診療.（　)訪問歯科衛生指導
(　)訪問薬剤管理指導.（　)訪問栄養食事指導.（　)短期入所療養介護.（　)短期入所生活介護.
(　)通所リハビリテーション.（　)通所介護.（　)訪問介護.（　)福祉用具貸与.（　）訪問入浴※8

※　本人・家族の在宅生活を行う上での希望（担当介護支援専門員記入）

平成　年　月　日　医療機関名

住　所

電話番号

医師氏名　印

私の担当の介護支援専門員または地域包括支援センター担当者※2が主治医に情報提供もしくは指示書を依頼し、必要に応じこの情報をサービス担当者会議などに使用することに同意します。

氏名　印

ご本人以外の時は関係を記入して下さい（　）

変更箇所（案）

※1　介護予防支援を追加

※2　地域包括支援センターを追加

※3　有効期間は、指示書の有効期間ではなく認定の有効期間であることを明記

※4　留意事項の記載内容を追加

※5　　〃

※6　　〃

※7　留意事項の項目を追加

※8　チェックするサービス内容を追加