　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　様

事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネジャー名　：

介護サービスを受ける際の診療情報提供ついて（依頼）

介護サービスを利用するにあたっての留意点及び居宅サービス計画の策定等に必要な診療情報の提供をいただきたくご依頼申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏　名 |  | 性　別 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | |

利用予定の介護サービスは下記のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療系サービス | | 介護系サービス | |
|  | 訪問看護 |  | 訪問介護 |
|  | 訪問リハビリテーション |  | 訪問入浴 |
|  | 通所リハビリテーション |  | 通所介護 |
|  | 短期入所療養介護 |  | 短期入所生活介護 |
|  |  |  | 福祉用具貸与・購入 |
|  |  |  | その他（入浴時の留意点） |
|  |  |  |  |

上記の情報提供に同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人サイン