

## 介護情報提供書

様

事業所名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_  
 管 理 者 \_\_\_\_\_  
 同 意 者 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

本人・家族の同意を得て、以下の利用者に関する情報を提供します。

介護支援専門員が生活支援を行うにあたり、医療の側面からの留意すべき事項など必要な情報があれば、下記の担当介護支援専門員に助言もしくは情報提供をお願いします。ご返答は、送付書の主治医回答欄にご記入の上折り返し FAX していただきますようお願いいたします。

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		

介護保険被保険者番号												
認定日	令和 年 月 日	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5									
認定の有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
サービスの指定	有・無	種類										

担当介護支援専門員からの連絡事項

--

居宅サービス利用状況

訪問介護	有・無 回/週 ( 曜日)	訪問入浴	有・無 回/週 ( 曜日)
訪問看護	有・無 回/週 ( 曜日)	訪問リハ	有・無 回/週 ( 曜日)
通所介護	有・無 回/週 ( 曜日)	福祉用具貸与	有・無 品目:
通所リハ	有・無 回/週 ( 曜日)	短期入所	有・無 日/月
その他			

担当介護支援専門員	氏名:	連絡先:
-----------	-----	------