

医療機関名： _____

担当医： _____先生 御机下

平素より多大なご理解、ご協力を賜り深謝申し上げます。

貴院にて御加療頂いております（ _____ ）様の

担当ケアマネジャーの（ _____ ）と申します。

介護サービスを利用される際に当該施設の看護師による医療行為が必要となっておりますので、診療情報提供書の作成をお願いしたく存じます。

診療情報提供書は、貴院にて使用している書式で構いません。

情報提供書の宛先： _____

担当： _____

利用者氏名： _____（男・女）

生年月日： 明・大・昭 _____年 _____月 _____日生（ _____歳）

住所： 〒 _____

必要となる医療行為： _____

* 主な傷病名および経過を簡単にご教示ください。

* 医療行為に対する指示を具体的にご教示ください。

患者様には説明し、同意を得ており、会計が発生することもお伝えしてあります。

頂いた医療行為の指示は、担当ケアマネジャーが責任を持って当該施設の看護師に伝達し、また、ご報告もさせていただきます。

なお、都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所および指定居宅介護予防支援事業所に対して診療状況を示す内容や医療行為などの必要な情報を提供した場合、診療情報提供料（1）が算定できることを申し添えておきます。詳細は医科診療報酬点数表B009をご参照ください。

お問合せ先： 四日市医師会

四日市市在宅医療・介護連携支援センター「つなぐ」

電話 059-356-9190