

年 月 日

様

担当ケアマネジャー：

事業所名  
〒049- 松前町字

平素より大変お世話になり、ありがとうございます。在宅での様子等について下記のとおり情報提供させていただきます。

基本情報(医療連携情報提供書)

利用者	ふりがな			性別	男・女
	氏名			生年月日	大正・昭和 年 月 日生( )歳
	住所			電話	
	生活状況	単身世帯・高齢者世帯・家族と同居( )・その他( )			
連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		家族構成
保険情報	被保険者番号			保険者	松前町
	要介護認定	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)			
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
介護サービス	種別	利用	頻度	備考	
	訪問介護				
	訪問入浴				
	訪問看護				
	通所介護				
	福祉用具貸与 短期入所				
その他	生活保護	有・無			
	障害手帳	有・無		( 種 級)	
医療情報	既往歴			主疾患	
	感染症	有・無( )			
	医療機関			担当医	
				受診状況	.....
	医療機関			担当医	
				受診状況	.....
処置に関する特記事項	1 尿道カテーテル 2 人工肛門 3 インシュリン 4 胃ろう 5 鼻腔栄養 6 酸素療法 7 人工透析 8 褥瘡(部位: ) 9 その他( )				
服薬状況					