

吹田市高齢者安心・自信サポート事業(介護予防・生活支援サービス事業)に係る
診療情報提供書

年 月 日

吹田市地域包括支援センター
(居宅介護支援事業所) 御中

紹介元医療機関
所在地
名称
電話番号

医師氏名

フリガナ		性別	(男 ・ 女)
患者氏名			
患者住所		電話	
生年月日	年 月 日 (歳)		
情報提供の目的	吹田市高齢者安心・自信サポート事業利用のため		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
		発症日:	年 月 日
		発症日:	年 月 日
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況		処方内容(別紙コピーも可)	
サービス利用に際しての留意点等(薬物アレルギー、食物アレルギーを含む)			

※診療情報提供料(I)が算定できます。I

(レセプトコメントで情報提供先は「地域包括支援センター」としてください)

問合せ先

地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)名:

電話:

FAX:

平成29年4月から、要支援1、2認定者が利用していた訪問介護・通所介護が、介護保険の給付対象から外れ、吹田市の独自事業としての吹田市高齢者安心・自信サポート事業により市民にサービス提供しています。それにともなって、通所型サポートサービス(デイサービス)等の利用にあたり吹田市地域包括支援センターへの診療情報提供が必要となりましたので、よろしくお願いいたします。

吹田市高齢福祉室