

吹田市高齢者安心・自信サポート事業(サービス・活動事業)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		電話	
患者住所		年 月 日 ( 歳 )	
生年月日	吹田市高齢者安心・自信サポート事業利用のため		
情報提供の目的	生活機能低下の原因になっているもの		
傷病名	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、よろしくお願いたします。

吹田市高齢福祉室