平成　　年　　月　　日

栗原市立栗原中央病院

　　　　　　　　　　先生御机下

介護支援専門員　　　　　　　　　印

居宅介護支援に伴う診療情報提供について（お願い）

このことについて、法令で定められた居宅サービス計画を作成すると共に、事業者等との連絡調整、その他の便宜を行うため、下記患者の心身の障害の原因である疾病等の状況、サービス利用における留意事項等についてご指導賜りたく、別紙診療情報提供書にてお願い申し上げます。

なお、ご提供いただいた情報については、法令を遵守し適切な管理を行います。

記

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　様

患者住所

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼内容 | 問合せ先  指定居宅介護支援事業所名  電話  FAX |