様式C

情報提供日　　年　　月　　日

病院・診療所
医院・クリニック
先生　御侍史

居宅介護支援事業所

住所

電話番号
FAX番号
介護支援専門員

こころの情報提供書

利用者氏名	様	性別	男 ・ 女	生年月日	M・T・S　　年　　月　　日		
要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中				生活形態	独居・家族同居・その他(　　)	
相談の目的	□薬の相談　□疾患の説明　□生活上の助言 □介護者の関わり方　□介護保険申請　□介護認定区分変更申請 □専門医への紹介　□その他						
他科の診断・治療歴	(　　科) 診断名(　　)　服薬(有 ・ 無) 薬の詳細:						
本人の生活や性格	生活環境の変化(有・無):　仕事や得意なこと:						
	性格の変化(有・無):						

本人の最近の様子で、気になることや行動
(・睡眠 ・食事 ・排泄 ・服薬 ・歩行状態 ・入浴 ・金銭管理 ・買い物 ・その他)

ご不明な点やご意見などがございましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡を頂けますようお願いいたします。
尚、個人情報の取り扱いについては　　年　　月　　日の契約時に、個人情報 の利用に関する同意書の上で、同意を得ております。

東住吉区在宅医療連絡会