

診療情報提供書（介護・看護用）

氏名			
生年月日	年	月	日（歳）
傷病名 （診断内容）			
発症日	年	月	日
治療期間 （見込）	年	月	日 ～ 年 月 日
介護・看護 の必要性	☐ 常時介護・看護が必要である。 ☐ 常時介護・看護が必要でない。		
必要となる 介護・看護 の区分	☐ 自宅介護・看護 ☐ 通院・通所付添（日／週） ☐ 入院付添（予定期間：年 月 日～ 年 月 日） ☐ その他（ ）		
必要となる 介護・看護 の内容	歩行	一人でできる ・ 一部介助 ・ 全介助	
	食事	一人でできる ・ 一部介助 ・ 全介助	
	入浴・洗顔等	一人でできる ・ 一部介助 ・ 全介助	
	排泄	一人でできる ・ 一部介助 ・ 全介助	
	衣服等の着脱	一人でできる ・ 一部介助 ・ 全介助	
	特別な医療・ 介護（看護）等	無 ・ 有（ ）	
特記事項			

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

印