平成　　年　　月　　日

情　報　提　供　書

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ケアマネジャー

下記のとおり利用者情報をお伝えいたします

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性　別 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 情報種別 | 服薬状況　・　口腔機能　・　心身の状況　・　生活の状況 |

|  |
| --- |
|  |

上記のことについて情報提供することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サイン

**【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準】**H30.04.01~

十三の二　介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。