

令和 年 月 日

情報提供同意書

私は、介護(介護予防、新総合事業)サービス計画の作成及び介護(介護予防、新総合事業)サービスの提供に際し、必要な場合においては、主治医から下記の居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員等に情報提供することに同意します。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印

情報提供を受ける 居宅介護支援事業所等

事業所名 _____

代表者名 _____

担当者名 _____

※ 医師から居宅介護支援事業所等に情報提供される際には、居宅療養管理指導費(介護予防を含む)または診療情報提供料の個人負担金が生じることがあります。