

診療情報提供書(入所)

年 月 日

一般財団法人共愛会 老人保健施設 虹

医師 藤本 宗平 宛

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 氏 名

印

患者氏名						男・女
生年月日	明・大・昭	年	月	日生(歳)	
傷病名	1	発症年月日	年	月	日	
	2	発症年月日	年	月	日	
	3	発症年月日	年	月	日	
	4	発症年月日	年	月	日	
病状経過 検査結果及び 治療経過						
処方内容 ※お薬手帳等の 別紙添付でも可	1	6	_____			
	2	7	_____			
	3	8	_____			
	4	9	_____			
	5	10	_____			
入所後の診療・ 内服調整に 関する情報	入所後は、内服薬を調整させていただきます。ご意向等がございましたら、ご記入ください。					
認知症の治療・ ケアに関する情報	入所後、認知症に関する評価を実施します。入所前の評価等がございましたら、添付お願いいたします。					
リハビリに関する 指示及び助言						
感染症	HCV() HBs-Ag() 梅毒()					
アレルギー	無・有()					

*血液データの添付をよろしくお願いいたします。