

診療情報提供書(短期入所・通所リハビリ)

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. _____
認知症の治療・ ケアに関する情報		
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願います。