

診療情報提供書

令和 年 月 日

介護医療院 豊浦壱番館
介護老人保健施設 豊浦愛広苑
担当医 宛

紹介元
医療機関

電話番号 ()

診療科名 科

医師名

患者氏名 : 様	性別 : 男 : 女
生年月日 : 明治・大正・昭和 年 月 日 生まれ	年齢 : 歳
現在の診療形態 : 1. 外来 2. 往診 3. 入院 (年 月 日より)	
診断名	
紹介目的 : 1. 外来 2. 入院・入所 3. 短期入所 4. 通所リハ	
既往歴 (発症時期、受傷時期、手術日等をできるだけ明記してください)	現病歴
現在の処方	その他 禁忌・注意事項

* 以下のものについては、わかる範囲でご記入ください。

アレルギー : 薬品 食品 その他	その他の検査 (最近の検査データがありましたら添付してください)	
皮膚病	褥瘡	胸部所見
血圧 /	心電図	MRSA
HIV抗体	HBS抗原	HBs抗体
HCV抗体	梅毒反応 : ワ氏	TPAHA