


診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設 中条愛広苑
施設長 宛

紹介元医療機関
所在地及び名称
電話番号

医師名

フリガナ				性別	男 女
氏名					
生年月日	大正 昭和	年 月 日	満 歳		
現在の診療形態	1、通院 2、往診 3、入院 4、入所 (年 月 日 より)				
紹介目的	1、入所 2、短期入所 3、通所リハビリテーション				
病名 発病年月日	病名	発症年月日	既往症 発病年月日 (手術歴も 含む)	病名	発症年月日
現症					
輸血歴	無・有	※有の場合、輸血時の症病名と輸血期間(判明している範囲で結構です)			
食物アレルギー	無・有	食品名	薬品アレルギー	無・有	薬品名
現在の処方				胸部X-P所見(年 月 日) 	
検査結果	血液検査、画像診断、心電図等の生理学的検査、その他検査は別紙で添付下さい。				
診療・介護上の留意点					