

診療情報提供書

平成 年 月 日

介護老人保健施設 甲府相川ケアセンター 通所リハビリテーション
 介護老人保健施設 甲府相川ケアセンター 短期入所療養介護

担当医師 宛

医療機関名

医師名

印

下記の患者の診療情報を提供しますので宜しくお願いいたします

氏名		住 所			
生年月日M・T・S 年 月 日 (才)		電話番号			
病 名	①	内 服 薬			
		名称	量	個数	服薬時間
	②		/mg	/錠	起・朝・昼・夕・寝
	③				起・朝・昼・夕・寝
	④				起・朝・昼・夕・寝
	⑤				起・朝・昼・夕・寝
	⑥				起・朝・昼・夕・寝
	⑦				起・朝・昼・夕・寝
	⑧				起・朝・昼・夕・寝
	⑨				起・朝・昼・夕・寝
	⑩				起・朝・昼・夕・寝
	⑪				起・朝・昼・夕・寝
	⑫				起・朝・昼・夕・寝
既往歴		病状・治療経過			
食事・入浴に関する注意事項		リハビリテーションに関する注意事項			
その他の特記事項・注意事項(リハビリ、入浴の中止基準など)					