

診療情報提供書

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

㊞

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

ふりがな		性別		〒	
氏名		男・女	住所		
T・S・H	年 月 日 (歳)		電話	()	
病名	①	内服薬			
		名称	量	個数	服薬時間
	②	①	/mg	/錠	起・朝・昼・夕・寝
	③	②			起・朝・昼・夕・寝
	④	③			起・朝・昼・夕・寝
	⑤	④			起・朝・昼・夕・寝
	⑥	⑤			起・朝・昼・夕・寝
	⑦	⑥			起・朝・昼・夕・寝
	⑧	⑦			起・朝・昼・夕・寝
	⑨	⑧			起・朝・昼・夕・寝
	⑩	⑨			起・朝・昼・夕・寝
	⑪	⑩			起・朝・昼・夕・寝
	⑫	⑪			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)					