

診療情報提供書

※現在確認できる範囲でご記入をお願いします。

フリガナ		男・女	明治			
氏名	様		大正	年	月	日
昭和 () 歳						
<傷病名・既往歴>						
<経過>※入院歴等ご記入ください						
<感染症の有無>						
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明						
<服薬内容> <input type="checkbox"/> 処方箋コピー添付						
<リハビリテーションについて>						
留意事項(中止基準、終了の目安等)ございましたら、ご記載ください						
<入浴について>						
入浴の実施 可 ・ 不可						
留意事項もしくは禁止基準(血圧・体温など)ございましたら、ご記載ください						
<その他サービス利用上の注意点>						
令和 年 月 日						
所在地						
医療機関名						
医師名						
印						