診療情報提供書

年　　月　　日

介護老人保健施設　フロンティア鉾田　春の場所
施 設 長　　　本山　博信　　殿

医療機関名
TEL
医師氏名　　　　　　　　　印

患者氏名		男　・　女
患者住所		
電話番号		
生年月日	（　　　歳）	

疾患名

既往歴

症状及び治療経過・今後の治療方針

リハビリを実施上の禁止・注意事項・中止基準（血圧や自覚症状など）

日常生活（入浴等）における注意事項

感染症の有無
有　　（　　　　　　　　）
無

現在の処方