

診療情報提供書

介護老人保健施設幸成園
施設長 殿

ふりがな		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日 (歳)
氏名						
住所	〒 TEL ()					
病名						
既往歴						
現病歴						
現在の 処方内容	点眼： 外用薬：		禁忌薬剤： アレルギー：			
身長・体重	c m		k g			
麻痺・拘縮など 身体に関する 注意事項						
精神状況	障害自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
	認知症自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V				
	問題行動等 特記事項					
処置	胃ろう 経鼻栄養 尿バルーン 酸素療法 ストーマ インシュリン その他 ()					
感染症	無 有 ()					
特記事項						

* 血液検査、感染症など検査結果のデータがございましたら、写しを添付して下さい。

上記の通り診断致します。

年 月 日

住所
医療機関名
TEL
医師名

(印)