診　療　情　報　提　供　書

令和　　年　　月　　日

紹介先　　医療法人 白日会 介護老人保健施設やまぼうし
施設長（医師）　　武　藤　經　一　　様

紹介元
[illegible]の所在地又

電話番号　　－　　－
担当医：　　科　　印

患者	氏名		生年月日	明・大・昭　・　・	性別	男 ・ 女
	住所			要介護認定の状況 [illegible]立・要支援・要介護（1・2・3・4・5）		
紹介目的		貴施設利用希望者(　入所　・　短期入所　)				
[illegible]主訴又は病名						
[illegible]往歴・家族						
症状経過						
[illegible]在の心身の状						
[illegible]処方及び検査						
備　考						