

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） 今井 邦英

紹介元 医療機関
の所在地
及び名称

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				
			自立・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 ）					
主訴又は病名							
既往歴・家族歴							
症状経過							
現在の心身の状態							
現在の処方及び検査結果等							
備考							