

(通所介護、短期入所兼用)

診療情報提供書

平成 年 月 日

社会福祉法人 浅香山記念会

かーさ・びあんか 管理者 殿

医療機関所在地
医療機関名
電話番号
医師氏名

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)
利用者氏名					
主傷病名	病状 : 1. 安定期 2. やや安定期 3. その他()				
既往歴及び治療状況等(経過)					
現在の処方					
感染症疾患の有無	* 介護サービスを利用する上で、考慮すべき感染疾患があれば、ご記入ください。			レントゲンの所見	* 直近(半年以内)の所見をお願いします。
	<input type="checkbox"/> 有 内容:				
<input type="checkbox"/> 無			※検査実施 : 平成 年 月 日		
入浴の可否	可 ・ 否 入浴条件等注意事項:				
その他特記事項					