

診療情報提供書

介護老人保健施設

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

患者	氏名	様	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	

(様式13)

病名	
現症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

--