

診療情報提供書

氏名		性別	男・女
住所			
電話番号			
生年月日	明・大・昭	年	月 日 (歳)

病症名
(1) (発症年月日)
(2) (発症年月日)
(3) (発症年月日)
(4) (発症年月日)
(5) (発症年月日)
紹介目的
主な既往歴
主な症状経過又は処置
現在の投薬処方
感染症等検査結果 胸部X線 () HBs抗原 ()・HCV ()・TPHA ()
機能訓練の必要性 無 ・ 有 ()
皮膚疾患 無 ・ 有 ()
褥瘡 無 ・ 有 ()
通院の必要性 無 ・ 有 (処方・検査・)

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

所在地 〒

機関名

医師

印

介護老人保健施設 聖十字ハイツ施設主治医 様

平成 年 月 日

ご担当主治医 様

介護老人保健施設 聖十字ハイツ
施設 主治 医
[公 印 省 略]

診療情報提供書依頼状

日頃は、格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、下記の方は、病状安定後、当施設の利用をご希望されておられます。

つきましては、現病、既往歴、治療経過、最近の検査結果、処方箋内容、その他留意事項等をお教えいただきたく、別紙『診療情報提供書』の作成をお願いいたします。

なお、施設での結核感染等が社会問題となっている昨今、予防対策の意味でも感染症（血液、肺疾患）の有無につきまして、ご所見をご記入頂きますようよろしく申し上げます。

氏名： _____ 様 性別： 男 ・ 女

生年月日： M・T・S 年 月 日生 （ 歳）