

診療情報提供書

令和 年 月 日

遠野市生活支援ハウス「長寿園」 あて

医療機関の

名 称 :

所 在 地 :

電 話 番 号 :

F A X 番 号 :

ご担当医師名 :

印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)

	現 病 名	発 症	現 在 状 況
1		年 月	安定・不安定
2		年 月	安定・不安定
3		年 月	安定・不安定

既往歴

症状（治療）経過および検査結果

現在の処方	薬物アレルギー 有 ・ 無
-------	------------------

感染症の有無 H C V _____ H B S _____ T b c _____ T P H A _____ その他の感染症 _____
--

備考

備考：必要がある時は、続紙に記載して添付してください。