

(別紙様式13)

年 月 日

介護老人保健施設・介護医療院

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

| | | | |
|----|------|-------|-------------|
| 患者 | 氏 名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 月 日生 (歳) |

| | |
|--------|--|
| 病 名 | |
| 現 症 | |
| 所見及び診断 | |

| |
|-------------|
| 今後の診療に関する情報 |
| |