

(別紙様式 13)

診療情報提供書

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

(F A X .)

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	性別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳)

病名

現症

所見及び診断

今後の診療に関する情報

[記載上の注意]

2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。