

診療情報提供書 (利用診断書・通所)

甲南介護老人保健施設 施設長殿

年 月 日

氏名	様	M・T・S	年	月	日	生	歳	男・女	
主たる傷病名 発症年月日 年 月 日						既往歴			
現在の 心身 状況	運動障害 (筋力低下 運動麻痺 失調症状 構音障害 等) 問題なし・有 状態:								
	知覚障害 問題なし・有 状態:								
	高次脳機能障害 (注意障害 失行 失認 失語症 等) 問題なし・有 状態:								
	認知症状 問題なし・有 状態:								
	嚥下障害 問題なし・有 状態:								
	精神障害 問題なし・有 状態:								
	医療処置 (経管栄養 鼻腔・胃ろう 褥瘡 導尿カテーテル 酸素療法 人工肛門) 問題なし・有 状態:								
その他の障害 問題なし・有 状態:									
現在までの経過及び現状						投薬中の薬剤			
利用に関する意見及び注意点									
緊急時の対応									
医療機関名									
所在地 〒									
TEL									
年 月 日						医師名		印	