

年 月 日

## 入所・短期入所・通所リハビリ情報提供書

介護老人保健施設 同仁苑 苑  
〒324-0036 栃木県大田原市下石上1452  
TEL 0287-26-2323  
Fax 0287-26-2325

御紹介医療機関名

所在地

TEL

医師名

印

氏名	性別 男・女
住所	
電話番号	( )
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 歳
病名	
症状経過及び治療経過、検査結果	
既往歴	
現在の処方	
備考	褥瘡:無・有(部位 ) 皮膚疾患:無・有(病名 ) 感染症:無・有(病名 ) 認知症: 精神症状:無・有(興奮・不穏・せん妄・徘徊・その他 )