

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)