

(別紙様式 13)

平成      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