

(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