

(別紙様式1-3)

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