

(別紙様式13)

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