

診療情報提供書

平成____年____月____日

〒390-0874

長野県松本市大手2-9-23

複合福祉施設 セントラル・ビオス

担当 医 小見山 祐一 様

TEL 0263(39)5888 FAX 0263(39)5883

医療機関の所在地

および名称

TEL() - FAX() -

医師氏名

印

フリカナ			男	明治・大正・昭和 (19 年)		
氏名			女	年	月	日生 (歳)
傷病名	1.		年 月 日 (頃) 発症			
	2.		年 月 日 (頃) 発症			
	3.		年 月 日 (頃) 発症			
	4.		年 月 日 (頃) 発症			
麻痺	無 有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)		軽度	中度	重度	
拘縮	無 有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)		軽度	中度	重度	
皮膚疾患	()		褥瘡	無 有 部位 ()		
嚥下障害	無 軽度 高度	聴覚障害	無 軽度 高度	言語障害	失語症・構音障害 無 軽度 高度	
視力障害	無 軽度 高度	処置	気管カニューレ(F) 経鼻カテーテル(F) 尿管カテーテル(F) その他 () 胃瘻 (種類: 次回交換日 /)			
HBs 抗原	+ -	HCV 抗体	+ -	梅毒反応	+ -	MRSA + - 部位 ()
アレルギー						
病歴補足、検査所見の特記事項、問題点						
処 方 内 容						
内服薬			外用薬・その他			
			薬の副作用 禁忌： 注意：			