

診療情報提供書

国府在宅複合施設 仁誠館
ショートステイ国府
施設長 様

医療機関名

所在地

担当医

連絡先

印

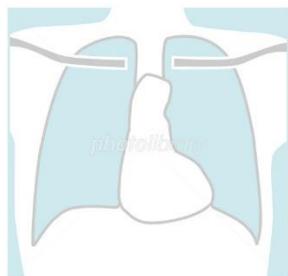
患者氏名	様 男・女	明・大・昭	年	月	日生(歳)
住 所	電 話					

〔診 断〕	〔既往歴〕
〔現在の症状〕	〔処 方〕

〔検査所見〕（施工日 年 月 日）

※採血・心電図等の検査結果がありましたら、コピーを添付願います。※感染症 有 (HBs・HCV・結核・その他) 無

※血圧 _____ / _____

※胸部X-P (所見を下記にご記入ください)

【所 見】

撮影 _____ 年 月 日