

## 診療情報提供書（通所リハビリテーション）

氏名			性別	男・女
住所				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）			
病名 （病状）				
既往症				
感染症	W氏反応（+・-）	HCV抗体（+・-）		
	HBS抗原（+・-）	疥癬（+・-）		
	MRSA（+・-）	部位：鼻腔・咽頭・その他（ ）		
胸部X線 所見				
認知度	なし・軽度・中度・重度 ※問題行動（ ）			
現在の 使用薬剤 及び処方 内容				
その他 注意事項				

平成 年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師名

印