

診療情報提供書（紹介状）

氏名	(ふりかな)	男 ・ 女	生年月日									
			明・大・昭		年	月	日					
現住所	〒		-									
	TEL () -											
診断名 既往歴 現病歴												
身長	c m	体重	k g	血圧	/							
内服薬												
介護度	申請中		自立		要支援		要介護			(1 2 3 4 5)		
精神の状態	障害自立度	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2		
	認知症自立度	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M			
	問題行動等 特記事項											
上記のとおり診断します。 医療機関名 住所 年 月 日 医師名 印												

医療機関
担当医先生 各位

介護老人保健施設 兵庫みどり苑
施設長 四元 百合子

診療情報提供書ご依頼のお願い

時下、ますますご精祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当苑の短期入所、デイサービスの利用を御指示頂き、
大変有難うございます。

従来、当苑では短期入所、通所リハビリテーションの利用に際しましては、診療情報提供は義務付けておりませんでした。利用者様の体調監視や急変時の対応に資する為、利用者様の診療情報提供をできるだけお願いする事と致しました。

つきましては、恐縮ではございますが、診療情報提供にご協力頂き、ご利用者さまの生活援助の為、貴院との連携を強めたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。