

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先

紹介元

介護老人保健施設 箕面グリーンビィラ  
施設長 医師 岩崎 誠

病院名

所在地

電話番号

担当医師

(患者様)	男	大正	年	月	日 ( 歳)
氏 名	殿	昭和			

傷病名

既往症及び家族歴

症状及び治療経過、検査結果等

本書の為に検査される場合はご相談下さい。

MRSA ( - ・ + )

検査日 年 月 日

HCV ( - ・ + )

検査日 年 月 日

HB ( - ・ + )

検査日 年 月 日

結核既往歴 有 ・ 無

検査日 年 月 日

胸部X線所見 直接・間接

撮影 年 月 日

所見

現在の処方

備考

\* 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付願います。

\* 2. 画像診断の所見記載及び血液検査記録等の写しの添付にご協力願います。