

診療情報提供書

医療法人社団 葵会
 介護老人保健施設 葵の園・柳生
 佐々木 繁美 先生

紹介元医療機関 _____

医師名 _____

電話 _____ FAX _____

フリガナ		性別	生年月日	明・大昭・平	年 月 日	歳
患者 氏名	殿	男 ・ 女				

傷病名

現病歴・既往歴・治療経過等（具体的にお願いします）

リハビリテーションについて（運動の制限・注意事項等）

現在の処方内容