

健康情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設 知恵の和苑

〒582-0008

大阪府柏原市古町3丁目2番17号

電話 072-973-4801 (代)

FAX 072-973-4805

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名

印

次の通り貴施設への利用者の健康情報を提供いたします。

ふりがな		男・女	明治				日生
氏名			大正	年	月		(
現住所	〒						
既往歴	①						年 月頃
	②						年 月頃
	③						年 月頃
病名	①						年 月頃
	②						年 月頃
	③						年 月頃
	④						年 月頃
	⑤						年 月頃
治療経過							
他院・他科 受診の有無	・なし ・あり (病院) (科)						
処方内容	①						⑥
	②						⑦
	③						⑧
薬品名 (mg)	④						⑨
用法・用量等全て	⑤						⑩
御記入下さい	点眼薬 (なし・あり)						
	①						

