

# 診療情報提供書

西暦 年 月 日

医療法人 泰一会

介護老人保健施設 はつかり 担当医 宛

医療機関の所在地

名称

科名

医師氏名

電話番号 ( )

氏名				性別	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
住所	〒					
現病歴					TEL ( )	
既往歴					処方	
認知症	無・有	BPSDの状況				
		認知症自立度 I・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV				
感染症	無・有 ( )			身長	CM	
				体重	kg	
経過及び治療・利用上の留意点						
上記の状態にて介護保険におけるショートステイサービスの利用(可・否)と認めます。						

※有効期限は作成から3か月以内となります。

※文書作成料は実費負担になる可能性がございます。

詳細につきましては作成される病院(施設)へお問い合わせください。