

# 診療情報提供書

医療法人社団佳仁会 ゆうあいクリニックデイケアセンター 宛

〒181-0004 東京都三鷹市新川4-25-18

TEL0422-41-6611 FAX0422-41-1122

ふりがな 氏名		生年	明治・大正・昭和			
		月日	年	月	日	歳

診断名	
現病歴	
既往歴	
処方薬	

血圧・脈	BP	/	P	身長・体重	cm	kg
------	----	---	---	-------	----	----

感染症	MRSA ( + - )	その他
	結核 ( + - )	
デイケアでの入浴	可 ・ 不可	<small>高血圧や頻脈等の方は、リハビリ・入浴可能な数値をご記入願います</small> 注意点

通所するにあたっての注意点	
---------------	--

平成 年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師名

印