

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

TEL 0422-46-2213 FAX 0422-46-0055

ふりがな 氏名		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
------------	--	----------	---------------------

診断名	①	②
	③	④
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	※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 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