

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(F A X .)

医 師 氏 名

印

患 者	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報