

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設・介護医療院

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

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