

施設療養情報提供書

(短期入所療養介護・通所リハビリテーション)

介護老人保健施設

平成 年 月 日

アルターかつしかばし 施設長 殿

医療機関の所在地及び名称

電話

担当医師名

印

氏名	様	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生 (歳)	
病名	①	④
	②	⑤
	③	⑥
現病歴		
既往歴	アレルギー ()	
現在の処方		
検査所見	感染症検査(年 月 日 実施)	
	①HBS抗原 + ・ -	②HCV抗体 + ・ -
	③TPHA + ・ -	④疥癬 + ・ -
	⑤MRSA (咽頭または痰) + ・ -	
	胸部レントゲン所見	
利用上の注意点		