

# 診療情報提供書 (紹介状)

紹介先医療機関名 大堀医院

年 月 日

担当医師 内科 大堀 洋一殿

紹介元医療機関 所在地: \_\_\_\_\_

名称: \_\_\_\_\_

電話番号

診療科名

医師氏名

印

|      |         |    |           |
|------|---------|----|-----------|
| 患者氏名 | 殿       | 性別 | 男 ・ 女     |
| 患者住所 |         |    |           |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年  | 月 日 ( ) 歳 |

|     |
|-----|
| 傷病名 |
|-----|

|      |
|------|
| 紹介目的 |
|------|

|     |
|-----|
| 既往歴 |
|-----|

|            |
|------------|
| 病状経過及び検査結果 |
|------------|

|      |
|------|
| 治療経過 |
|------|

|       |
|-------|
| 現在の処方 |
|-------|

|   |
|---|
| 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)   |
| <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度  |
| <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                     |