診　療　情　報　提　供　書

氏　名		男・女	生年月日	M・T・S　年　月　日
住　所			TEL	

傷病名		発症日	

疾病及び治療の経過

既往歴	現在の処方内容

視力障害	無　・　有	四肢拘縮	無　・　有
聴覚障害	無　・　有		上肢（　右　・　左　）
言語障害	無　・　有		下肢（　右　・　左　）
失語症	無　・　有	アレルギー	無　・　有
麻痺	無　・　有	褥瘡	無　・　有
	左片麻痺　・　右片麻痺	部位	（　　）
	四肢麻痺　・　下半身麻痺	管の留置	無　・　有
拘縮　部位	（　　）	高次脳機能障害	無　・　有

患者さんに対する留意事項（認知症のある場合は具体的状態について）	食事制限

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地

名　称

医師名　　印　　TEL

介護老人保健施設メイプル