別紙様式２

　医療機関

　　担当医　　　　　　　　　先生御侍史

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設

所在地及び名称

電話番号

医師氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患　　者 | 氏名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日　生（　　歳） |
| 要介護認定の状況 | 自立　要支援（１２）　要介護（１２３４５）令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | （紹介後の方針に関する希望） |
| 患者に関する注意事項 |  |
| 備考 |  |

備考　１　必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

　　　２　必要がある場合は検査の記録等を添付すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 主訴または病名・既往歴及び家族歴 | 嗜好　　　　　　　　　　　　　　　　薬剤アレルギー |
| 現病歴 |  |
| 現症 |  |
| 検査所見 |  |
| 治療病歴 |  |
| 現在の処方 |  |