

令和 年 月 日

## 短期入所・通所リハビリ 情報提供書

介護老人保健施設 同仁苑 苑  
〒324-0036 栃木県大田原市下石上1452  
TEL 0287-26-2323  
Fax 0287-26-2325

御紹介医療機関名

所在地

TEL

医師名

㊞

氏名	性別 男・女
住所	
電話番号	
生年月日	
病名	
症状経過及び治療経過、検査結果	
-----	
-----	
-----	
-----	
既往歴	
現在の処方	
備考	
褥 瘡:無・有(部位)	)
皮膚疾患:無・有(病名)	)
感染症:無・有(病名)	)
認知症:無・有	)
精神症状:無・有(興奮・不穏・せん妄・徘徊・その他)	)



B. 会話が不可(話す ・ 話しを聞く ・ 完全不可)