

診療情報提供書

新横浜リハビリテーション病院 宛

平成 年 月 日

(紹介元医療機関名・所在地)

(電話番号)

医師氏名 印

ふりがな 患者氏名	男	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (歳)		
	女			
〒	電話番号 - -		職業	
住所				
保険種別	国保 社保 生保 労災 自賠 その他 (老 障 特)			
身障手帳	有 (級) ・無 ・申請中		介護保険	有 () ・無 ・申請中
キーパーソン	ふりがな 氏名	続柄	住所	(連絡先)

主疾患	/発症日 平成 年 月 日
	/手術日 平成 年 月 日
障害名	/手術名
既往歴	
症状 治療経過	
家族への 説明	現在の病状説明
	予後の説明
画像診断	
内服薬	ロインスリン

※多い場合には別紙でも可