

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

医療法人社団翔仁会 介護老人保健施設

エスポワール北広島 担当医宛

病院名

住所

TEL

担当医

印

患者名:	様	性別:		生年月日:		歳
傷病名:					発症日:	
既往歴:					介護度:	

## 現在の状況

感染症		感染症名:					
高次脳機能障害		障害名:					
失語症		認知症		失調		聴覚障害	
摂食嚥下障害		構音障害		錐体外路症状		麻痺	
拘縮		部位:					
痛み		部位:			その他:		

## 症状経過

--	--	--	--	--	--	--	--

## 投薬状況

--	--	--	--	--	--	--	--

## 禁忌事項

--	--	--	--	--	--	--	--

## 備考

--	--	--	--	--	--	--	--