

診 療 情 報 提 供 書

平成 年 月 日

医療法人社団翔仁会
輪厚三愛病院 担当医宛

病院名

住所

TEL

担当医 印

患者名：様 生年月日： 歳

郵便番号 電話番号

住所

傷病名： 発症日：

既往歴： 介護度：

現 在 の 状 況

感 染 症	有 ・ 無	感 染 症 名：					
高次脳機能障害	有 ・ 無	障 害 名：					
失 語 症	有 ・ 無	認 知 症	有 ・ 無	失 調	有 ・ 無	聴覚障害	有 ・ 無（右 ・ 左）
摂食嚥下障害	有 ・ 無	構音障害	有 ・ 無	錐体外路症状	有 ・ 無	麻 痺	有 ・ 無（右 ・ 左）
拘 縮	有 ・ 無	部 位：					
痛 み	有 ・ 無	部 位：		その他：			

症 状 経 過

投 薬 状 況

禁 忌 事 項

備 考