

# 診療情報提供書(ショートステイ用)

フリガナ		男・女	生年月日
氏 名			大・昭・平 年 月 日 ( 歳)

診 断 名 (発症年月日)			
現在の症状及び 処方内容 (内服薬・外用薬)	※ 処方内容を添付ください。 ※ 最新のレントゲン検査や採血データ等あれば添付ください。		
既 住 歴			
身 長	cm	体 重	kg
ショートステイ 利用目的	1 心身・ADL能力維持・向上    2 活動性維持・向上    3 生活の活性化 4 家族の介助量軽減            5 その他：		
認知症有無	なし ・ あり ( )		
問題行動	なし ・ あり ( )		
褥瘡・皮膚疾患有無	なし ・ あり ( 部位および処置内容 )		
禁忌・アレルギー	なし ・ あり ( )		
特記事項	なし ・ あり		

記 入 日：	年 月 日
医療機関名：	
住 所：	
電 話 番 号：	
医 師 名：	