診 療 情 報 提 供 書

フリガナ 氏　名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日(　　歳)
住　所	〒 TEL		
既 往 歴			
現 病 歴			
治療経過 ・ 症状経過			
現在の処方箋			
入浴の可否について	可 ・ 不可	血圧の入浴中止の上限／下限 上限　　mmHg以上　　下限　　mmHg以上	
感 染 症	無 ・ 有 ( )		
皮膚疾患	無 ・ 有 ( )		
医師所見及び連絡事項			

上記のとおり情報提供します。　　平 成　　年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

電 話 番号

医 師 氏名