

診療情報提供書（デイケア）

ご担当主治医 様

貴院にてご加療中の患者様が、当院デイケア(ショートケア等含む)利用に際しまして、以下当該患者様の状態等につきましてご記載の上、情報提供くださいますようお願い申し上げます。



医療法人社団 博仁会
おおえメンタルクリニック ゆう

デイケア [リカバリープログラム]

〒080-0015 帯広市西5条南12丁目1番地

Tel. 代表 (0155)20-3800

デイケア直通 (0155)20-5400

Fax. デイケア直通 (0155)20-5401

<http://www.oe-you.jp>

氏名	様	性別	男・女	生年月日	昭和・平成 大正・明治	年	月	日	(歳)
住所								職業	有・無
○診断名									
本人への告知（無・有 _____ と告知）									
○現在の症状									
○生活歴・治療歴等									
○処方内容 ※薬局等で患者様にわたされている説明書等の複写でも可です									
○食物アレルギー 不明・無・有 _____									
○デイケアについて主治医様と話し合っている内容等									

上記のとおり、情報提供します。

年 月 日

所在地

医療機関名

ご担当主治医

印

(連絡ご担当者： _____)