

年 月 日

診療情報提供書（デイケア）

〒080-0015

帯広市西5条南12丁目1番地

医療法人社団博仁会

こころのリカバリークリニック十勝

ご担当主治医 様

医療機関所在地：

医 療 機 関 名：

医 師 名：

電 話 番 号：

連 絡 担 当 名：

下記のとおり情報提供します。

患者氏名	様	性別	男・女	電話番号
患者住所				
生年月日	大・昭・平	年	月	日（ ）歳 職業
○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 ※薬局等で患者様に渡されている説明書等の写しでも可です。				
○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				

※記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。（様式は問いません）