

令和 年 月 日

ご 依 頼 書

担 当 医 様

患 者

様 (男・女)

平素より大変お世話になっております。

貴院入・通院中の上記の方より当施設利用のご相談があり、状況等お伺いしましたところ、施設利用のご意向がありました。

当施設の利用に際しましては、当該患者の担当医の診断書により判定させていただく事になっておりますので、お手数ですが、別紙診断書にご記入いただき、最近の検査データ等の写しを添付していただければ幸いです。

尚、ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

何卒よろしくお願い申し上げます。

社会福祉法人 平取福祉会
特別養護老人ホーム 平取かつら園
TEL 01457-2-3670
担当者 栗津 昭子

診 断 書

氏名 (男・女)		生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)	
現 在 病		既 病 歴	
1		1 年 月 頃	
2		2 年 月 頃	
3		3 年 月 頃	
4		4 年 月 頃	
5		5 年 月 頃	
胸部X線	異常あり・なし	所見	
血液検査	異常あり・なし	所見	
尿 検 査	異常あり・なし	所見	
心 電 図	異常あり・なし	所見	
感 染 症	異常あり・なし	所見	
四肢麻痺	異常あり・なし	所見	
臨床経過及び検査所見 (最近の検査データの開示をお願いします)			
投薬 (処方内容)			
令和 年 月 日			
上記のとおり <input type="checkbox"/> 入所可能と診断します。 <input type="checkbox"/> 要治療のため利用不相当と診断します。			
所在地 名 称 医師氏名			
			印