

# 情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

T E L

担当医師名

医療法人みゆき会

飯山介護老人保健施設みゆき

担当医 宛

氏名	生年月日	明 大 昭	年	月	日
病名					
病状・経過					
内服薬他					
食事 ( 常食・心臓病食・糖尿病食・腎臓病食・高血圧食・その他: )					
制限 ( カロリー: 水分: その他: )					
経管栄養など ( )					
入浴 ( 注意事項あれば記載してください)					
※ 血圧 ( ) 以上の場合は入浴中止					
特記・禁忌事項					