

情報提供書

令和 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

ショートステイ 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					