

診療情報提供書

氏名			性別	男 女		
生年月日	明 大 昭		年	月	日生 (歳)	
住所			電話			
傷病名						
現在治療中の病名等の状況						
既往歴						
感染症の有無	有 無	詳細				
入浴の可否	可 不可	入浴中止時の血圧				
運動の可否	可 不可	運動中止時の血圧				
備考						
以上、集団生活上に支障(あり ・ なし)ものと診断します。						
			平成	年	月	日
(住所) 〒						
(医療機関名)			電話 ()
(医師名)			印			