

診療情報提供書

利用者氏名		男・女	年	月	日生	歳			
住所						電話番号			
既往歴									
現病歴									
投薬内容									
介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
精神の状況	認知症 なし ・ あり（徘徊・奇声・異食・不穏・興奮・妄想・せん妄・昼夜逆転）								
意思の疎通	可 ・ 不可（具体的な状況）								
アレルギー	なし ・ あり（具体的な内容）								
特記すべき内容									
医療機関名	平成 年 月 日								
所在地									
電話番号							医師名	印	