

診 療 情 報 提 供 書

昭島市長 殿

平成 年 月 日

所 在 地

医療機関名

電 話 番 号

医 師 氏 名



患者氏名		性 別	男 ・ 女
患者住所		電話番号	( )
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)	職 業	

傷 病 名	<input type="checkbox"/> なし
現在の症状	<input type="checkbox"/> 特筆すべき事項なし
温水プール 利用の可否	<input type="checkbox"/> 温水プール利用は、可能 <input type="checkbox"/> 温水プール利用は、次の点に注意し利用すれば可能 〔 〕 <input type="checkbox"/> 温水プール利用は、不可能
備 考	

※この診療情報提供書は、医療機関により使用できない場合があります。