

摂食嚥下リハビリテーション紹介患者事前申込書

(診療情報提供書)

済衆館病院

歯科口腔外科初診担当医

年 月 日

医療機関

所在地

医師名

電話番号

F A X

フリガナ 患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業 性別 男 ・ 女
--

紹介目的 <input type="checkbox"/> 外来摂食嚥下リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 ()
病名
症状経過及び検査結果 発症時期 経過
その他特記事項
処方内容 <input type="checkbox"/> お薬手帳記載のとおり <input type="checkbox"/> その他処方あり (お薬手帳の当院への持参のご指示をお願いいたします)