別記様式

令和　　年　　月　　日

　　保険医療機関　　　　殿

介護老人保健施設名称

所在地

電話番号(FAX)

医師氏名

　　次の者は、施設の入所者であります。通院に係る病名及び病状等は次のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所者 | 氏名 | 　 | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　　月　　　日生(　　歳) |
| 老人医療の受給者番号 | 　 |
| 通院に係る病名及び病状等 |