

(担当医用)

太陽と風短期入所（ショートステイ）利用意見書

年 月 日

病院名

主治医名

利 用 者 氏 名	
<p>(病名・主な症状)</p> <p>(短期入所利用の適否)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 適・ 適当ではない <p>(短期入所利用が適当と思われる場合にお書きください。)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 短期入所利用において、留意すること <p>※なお処方内容は利用者ご本人からお薬手帳で確認させていただきます。</p>	

(ショートステイパンフ申し込み関係FD)