

診療情報提供書

患者名	様 (男・女)			連絡先 〒
	明・大・昭	年	月 日 (歳)	
依頼するサービスの種類	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション			
最終診療日	平成 年 月 日			

主たる疾病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	発症日	:平成	年	月	日
	入院・入所日	:平成	年	月	日
	退院・退所日	:平成	年	月	日

現状の症状(検査結果及び治療経過)

既往歴

現在の処方(処方箋のコピー可)

特記すべき留意事項(リスク管理・現在の問題点) * リハビリ施行上の注意・禁忌事項(血圧・脈拍)など
--

以上の通り、リハビリテーションを依頼します	平成	年	月	日
医療機関名および所在地 電話番号 医師氏名				
介護老人保健施設イーハートープ 通所リハビリテーション担当医 殿				