

診療情報提供書

|             |        |                                      |         |          |         |
|-------------|--------|--------------------------------------|---------|----------|---------|
| 患者名         | 様（男・女） |                                      |         | 連絡先<br>〒 | 電話番号（ ） |
|             | 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       |        | 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)                                     |  |  |  |  |  |
| <div>発 症 日 : 年 月 日<br/>入院・入所日 : 年 月 日<br/>退院・退所日 : 年 月 日</div> |  |  |  |  |  |
| 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           |  |  | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関名および所在地<br>電話番号<br>医師氏名     |  |  |    |   |   |   |
| 介護老人保健施設イーハートブ 通所リハビリテーション担当医 殿 |  |  |    |   |   |   |