

# 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"/> 訪問リハビリテーション |          |          |

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| 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: 年 月 日    |
|                             | 入院・入所日: 年 月 日 |
|                             | 退院・退所日: 年 月 日 |

現状の症状 (検査結果及び治療経過) \*画像診断や検査記録等がございましたら添付して下さい。

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 |
| 医療機関名及び所在地                |          |
| 電話番号                      |          |
| 医師氏名                      | 印        |
| いしまるクリニック リハビリテーション担当者医 殿 |          |