診療情報提供書

_			_				_
患		様(男・女)	連絡	丁			
患者名	明・大・昭年	月日(歳)	生.	電話番号()
大 插、	するサービスの種類			1			,
依頼するサービスの種類 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)							
土,/こ		11の別四ではりに例的4日子)		発 症 日:	———— 年	月	日
				入院・入所日:	年	月	日
				退院・退所日:	年	月	目
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)							
 株割よいも図菜重荷(エッカ焼畑、田左の田町よ) ままいがまたしの次菜 サコ東夜/カア 形状(も)							
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							
医療機関名及の別任地 電話番号							
The second secon							
区hhv71						(EI)	

いしまるクリニック リハビリテーション担当者医