

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

介護老人保健施設 越南苑 担当医 殿 平成 年 月 日
訪問リハビリ担当者 殿

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

FAX

医師氏名

印

患者氏名	性別	男・女
患者住所	電話番号	
生年月日	昭	年 月 日 (歳)

上記の患者様について

在宅での訪問リハビリテーションを紹介(指示)いたします その他()

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

既往歴及び家族歴・症状経過、検査結果及び治療経過・現在の処方、ADLなど

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。
3. 訂正がある場合は訂正印で訂正してください。