

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

年 月 日

介護老人保健施設 越南苑 訪問リハビリテーション担当医 殿

紹介元医療機関等

所在地 :

名称 :

TEL :

FAX :

医師氏名

印

患者氏名 様 性別 男・女

患者住所 電話番号

生年月日 大・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)

訪問リハビリテーションの目的 :

リハビリテーション開始前、実施中の留意事項 :

リハビリテーションを中止する際の基準 :

リハビリテーションに対する負荷 :

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

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。