

診療情報提供書[訪問リハビリテーション]

年 月 日

【紹介先】

医療機関名

介護老人保健施設 グレースケア市川

市岡 隆志 殿

【紹介元】

医療機関の名称

所在地

電話番号

担当医師

印

患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	性別	男・女

紹介目的 訪問リハビリテーションの実施	感染症の有無 (有る場合は具体的に御記入下さい) 未検査 無 有 ()
主たる傷病名	
既往歴等	
症状経過 治療経過	
服薬処方	
禁忌および注意事項、負荷時のリスク等 (制限がある場合には具体的にお願い致します)	
その他、コメント等	

※必要が有る場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等の添付を宜しくお願い致します。