訪問リハビリテーション診療情報提供書(初回)

ふりがな 対象者名		性別 男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日（　　歳）	
住 所	電話番号	
主な疾患名		
症状・治療経過		
処 方		
感染症の有無 （有る場合は具体的に記入してください）		
□ 無　　□不明 □ 有（　　）		
主な検査結果、その他		

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施してください。

紹介先　介護老人保健施設　リハセンターさわやか

訪問リハビリ指示医　宛

平成　　年　　月　　日

紹介元医療機関等名

住 所

電話番号

医師氏名　　㊞