

診療情報提供書

リハセンターさわやか 訪問リハビリテーション

ふりがな 対象者名		性別
生年月日		
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）		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 有（	）	
主な検査結果、その他		
禁 忌		

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

令和 年 月 日

紹介元医療機関等名

住 所

電話番号

医師氏名

