

# 診療情報提供書

紹介先医療機関等： 介護老人保健施設 リハビリケアかつしか訪問リハビリテーション事業所 宛

平成 年 月 日

医療機関等の所在地 名称 電話番号	この診療情報提供書により下記患者の訪問リハビリテーションサービスを許可する。	医師氏名	印
-------------------------	--	------	---

患者氏名	様
生年月日	年 月 日 ( ) 歳

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

禁忌及び注意事項(制限、中止基準がある場合は具体的にご記入下さい。)

備考

介護老人保健施設 リハビリケアかつしか訪問リハビリテーション事業所  
※この様式は任意様式です。貴院の様式をお使いいただいても結構です。