

診療情報提供書（通所リハビリテーション）

主治医 御机下

貴院にてご加療中の患者様が、当通所リハビリテーション利用を希望されております。開始にあたり、患者様の現在の状態を把握したいと存じます。つきましては、下記内容をご記載いただき情報提供くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。
なお、この情報は当施設の利用目的以外には使用いたしません。

氏名	男 ・ 女	大・昭	年	月	日生	() 歳
【診断名】						
【既往歴】						
【経過】						
【リハビリを行う際の注意事項及び禁忌】						
【処方内容】						
【感染症】	HBs	抗原抗体	-	+	【備考】	
	HCV	抗体	-	+		
	疥癬		-	+		
	結核の既往 無・有 () 歳					
令和 年 月 日						
住所						
医療機関						
電話番号						
医師名						