

診療情報提供書

患者名	様 (男 ・ 女)	連絡先 〒	電話番号 ()
	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
依頼するサービスの種類	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満)		

主たる疾病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)	発 症 日 : 平成 年 月 日 入院・入所日 : 平成 年 月 日 退院・退所日 : 平成 年 月 日
-----------------------------	------------------------------------------------------------

現状の症状 (検査結果及び治療経過) *画像診断や検査記録等がございましたら添付して下さい。

既往歴

現在の処方 (処方箋のコピー可)

特記すべき留意事項 (リスク管理・現在の問題点) *リハビリ施行上の注意・禁忌事項(血圧、脈拍)など

以上の通り、リハビリテーションを依頼します	平成 年 月 日
医療機関名及び所在地 電話番号 医師氏名	印
いしまるクリニック リハビリテーション担当者医 殿	

※「診療情報提供料 (I) 250点」をご算定ください。