

紹介状（診療情報提供書）

訪問リハビリテーション

平成 年 月 日

医療法人三紫会小田病院

訪問リハビリテーション指示医 宛

〒296-0001

千葉県鴨川市横渚880

TEL 04-7092-1128

FAX 04-7092-1031

紹介元医療機関の所在地・名称

医療機関

住 所

電話番号

医師氏名

㊞

ふりがな 患者氏名	生年月日
男・女	M・T・S・H 年 月 日 歳
患者住所	電話番号
要介護認定 申請中・要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5	
診断名および障害名（診療開始日）	
#1 S・H / /	#3 S・H / /
#2 S・H / /	#4 S・H / /
現在の病状、治療経過	
既往歴	
処方薬	
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
注意事項・特記すべき留意事項	

上記の利用者の診療情報を提供するとともに訪問リハビリテーションを依頼致します。