

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

紹介元医療機関の所在地・名称

訪問リハビリテーション指示医 宛

〒296-0001

医療機関

千葉県鴨川市横渚880

住 所

TEL 04-7092-1128

電話番号

FAX 04-7092-1031

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)
患者住所		電話番号	
要介護度	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 発症日: 年 月 日			
合併症・既往歴			
症状経過及び検査結果・治療経過			
処方薬			
感染症の有無 無・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。