

# 診療情報提供書

(通所リハビリテーション用)

ふりがな			
氏名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
住所	TEL		
病名	① ② ③ 認知度 (無・軽度・中等度・高度)	既往症	① ② ③ 結核(有・無)
四肢及び 運動障害			
皮膚疾患			
アレルギー			
主たる 投薬中の 薬品名			
平成 年 月 日	住所 医療機関名 医師 印		