

診療情報提供書（通所リハビリテーション用）

ふりがな		男 ・ 女	明治			
氏名			大正	年	月	日生
			昭和		(歳)
住所	〒					
	☎ ()					
既往歴 (該当するものに○印)	高血圧症	脳卒中	心臓病 (病名:)	腎臓病	肝臓病	
	肺疾患 (病名:)		糖尿病	リウマチ	その他 ()	
病名	①		④			
	②		⑤			
	③		⑥			
病名 及び 治療内容						
投薬・処置						
四肢 及び 運動機能障害						
精神状況	認知症	*なし	*あり (軽度・中等度・高度)			
	周辺症状	*なし	*あり			
		種類				
		[]
皮膚疾患						
感染症	HCV抗体 (+・-)	HBs抗体 (+・-)	MRSA (+・-)			
	上記のとおり情報提供致します。			平成	年	月 日
所在地				☎	()	
医療機関						
担当医師名				Ⓜ		