

診療情報提供書(通所リハビリテーション)

作成日 西暦 年 月 日

主治医殿

貴院にてご加療中の患者様が、当デイケア(通所リハビリテーション)利用を希望されております。利用開始に当たりまして、以下内容をご記載いただき現在の状態について情報提供下さいますよう、宜しくお願い申し上げます。なお、頂いた情報に関しましては当施設での利用目的以外には使用いたしません。

医療機関名
住 所
連 絡 先 ()
医 師 名

フリガナ		男・女	明・大・昭 年 月 日 ()歳
氏名	様		
<u>診断名</u> ① ② ③ ④			
<u>症状経過及び検査所見</u>			
<u>既往歴</u> ■ ■ ■ ■			
<u>リハビリテーションの必要性</u> (いずれかに○をつけて下さい。) (有 ・ 無)			
<u>患者様に関する注意事項及び禁忌等</u>			

診療情報提供にご協力頂きまして誠にありがとうございます。リハビリを実施するにあたりまして、今後確認させて頂きたい点などがありましたら、再度お問い合わせさせて頂く場合がございます。

医療法人 うらた整形外科クリニック
うらた整形外科デイケア
(TEL&FAX) 092-557-2526