

診療情報提供書（通所リハビリテーション）

主治医殿

貴院にてご加療中の患者様が、当通所リハビリテーション利用を希望されておりますので、開始にあたり、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くださいますよう、宜しくお願い申し上げます。
なお、この情報は当施設の利用目的以外には使用致しません。

氏名	様	男 ・ 女	明・大・昭	年	月	日	() 歳
○診断名							
○リハビリ実施（いずれか○をつけてください） (可 ・ 否) ○リハビリを行う際の注意事項及び禁忌							
○備考（感染症などあればご記入ください）							
平成 年 月 日 住 所 医 療 機 関 名 連 絡 先 医 師 名							