

診療情報提供書作成のお願い

拝啓

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、貴院に通院中の患者様がこの度、当院介護保険による訪問リハビリテーションの利用を希望されております。

つきましては、誠に恐れ入りますが下記の要領でこの患者様の診療情報提供書のご記入をお願い申し上げます。また緊急時の場合や連携が必要な際などはご連絡をさせていただきたく存じます。ご迷惑をおかけすることもあるかと思いますが、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

。

敬具

記

■記載致しました診療情報提供書は、下記宛先にご郵送いただくか、患者様にお渡しください。

ご不明点がございましたら、下記までお気軽にご相談ください。

〒534-0021
大阪市都島区都島本通1-7-9
クレールビル3階
都島整形外科クリニック 訪問リハビリ担当者宛
担当者TEL：070-8420-0545
FAX：06-6180-6144

診療情報提供書（訪問リハビリテーション）

患者様名 様 男・女	生年月日 年 月 日 （ 歳）
病名	現在の処方
既往歴 高血圧症 脳卒中 心臓病（ ） 腎臓病 肝臓病 肺疾患（ ） 糖尿病 リウマチ その他（ ）	
症状経過、検査結果及び治療経過	
四肢及び運動機能障害 無 し ・ 有 り（ ）	
精神状態 認知症 無 し ・ 有 り 軽度 / 中等度 / 高度 周辺症状 無 し ・ 有 り （ ）	
皮膚疾患	
感染症 HCV抗体（＋・－） HBs抗体（＋・－） MRSA（＋・－）	
その他特記事項	

上記患者様の訪問リハビリテーションの利用を認めます。

年 月 日

病院名：

住所：

TEL：

医師名：

印