

主治医殿

貴院にてご加療中の患者様が、当院の通所リハビリテーションの利用をご希望されております。開始に当たり、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、この情報は当院の利用目的以外には使用致しません。

三重県立志摩病院 通所リハビリテーション

診療情報提供書（通所リハビリテーション）

ふりがな			性別	明・大・昭	
氏名				(歳)	
診断名					
既往歴					
感染症	結核	有 無	疥癬	有 無	その他
	B型肝炎	有 無	C型肝炎	有 無	
	<u>※感染症に関しましては、把握をされておりましたら、ご記載をお願いいたします。</u> (改めて検査していただく必要はございません。)				
経過及び診察状況					
薬剤処方内容					
胸部 X 線	<u>※3ヶ月以内に撮影をされておりましたら、ご記載をお願い致します。</u> <div style="text-align: right;">(検査実施日： 年 月 日)</div>				
日常生活自立度（障害高齢者）	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
日常生活自立度（認知症）	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
通所リハビリテーションの利用	可 ・ 不可				
サービス利用時の留意事項					

※3ヶ月以内に血液検査・尿検査などのデータがございましたらコピーをお願い致します。

上記の通り報告致します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師

