

診療情報提供書（訪問リハビリテーション用）

年 月 日

医療法人社団松和会
介護老人保健施設 ききょう苑 苑

住所

電話番号

医療施設名

診療科

科

医師氏名

(印)

ふりがな 患者氏名	男 女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
患者住所		TEL	
傷病名（発病年月日）			
既往歴、発病年月日			
アレルギー（薬・食物など） 有 無 結核の既往 有 無			
病状及び治療経過			
尿カテーテル 有 無 ・胃ろう 有 無 ・吸引処置 有 無			
現在の処方 内服、注射、外用薬全て他科併診あればそれも含めて御記入下さい。			
訪問リハビリ施行の可否 (可 ・ 否) リハビリ施行にあたっての注意事項があればご記入ください。			