

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いたしません。

氏名	様	男 ・ 女	大・昭・平	年	月	日
○診断名						
○治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）						
○既往歴（出来るだけ詳細にお願いします）						
・ (治療期間 ~)						
・ (治療期間 ~)						
・ (治療期間 ~)						
○リハビリテーションの実施（いずれか○をつけてください）						
(可 ・ 否)						
○リハビリテーションを行う際の中止基準・注意事項及び禁忌						
○口腔機能向上サービスの実施（いずれか○をつけてください）						
(可 ・ 否)						
○通所リハビリテーション利用目的						
1 心身・ADL能力維持・向上 2 活動性維持・向上 3 家族の介助量軽減						
4 生活の活性化 5 口腔機能の向上 6 その他 ()						
令和 年 月 日						
住 所						
医 療 機 関 名						
連 絡 先						
医 師 名						

診療情報提供にご協力いただきましてありがとうございます。

医療法人 徳洲会
介護老人保健施設

千葉徳洲苑