

診療情報提供書

患者名	様（男・女）	連絡先 〒	電話番号（ ）
	明・大・昭 年 月 日（ 歳）		
依頼するサービスの種類	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	
最終診療日（※必須）	平成 年 月 日	※訪問リハビリのみ本書有効期間:左記より3月	

主たる疾病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）	発症日：平成 年 月 日 入院・入所日：平成 年 月 日 退院・退所日：平成 年 月 日
現状の症状（検査結果及び治療経過） *画像診断や検査記録等がございましたら添付して下さい。	
既往歴	
現在の処方（処方箋のコピー可）	
特記すべき留意事項（リスク管理・現在の問題点） *リハビリ施行上の注意・禁忌事項(血圧、脈拍)など	

以上の通り、リハビリテーションを依頼します	平成 年 月 日
医療機関名及び所在地	
電話番号	
医師氏名	印
中田病院 リハビリテーション担当者 殿	

※「診療情報提供料（I）250点」をご算定ください。